

Interventie

Grip op Agressie Ambulant

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 12 juni

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Niehoff, Didden, Delforterie (mei 2024).

Justitiële interventies: beschrijving Grip op Agressie Ambulant. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	10
2. Uitvoering	14
Materialen	14
Locatie en type organisatie	14
Opleiding en competenties van de uitvoerders	14
Kwaliteitsbewaking	15
Randvoorwaarden	15
Implementatie	16
Kosten	16
3. Onderbouwing	18
Probleem	18
Oorzaken	18
Aan te pakken factoren	18
Verantwoording	19
4. Onderzoek	22
5. Samenvatting Werkzame elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	27
Bijlage 1	30
Bijlage 2	31
Bijlage 3	33
Bijlage 4	36

Samenvatting

Grip op Agressie Ambulant (GoA-A) is een geprotocolleerde interventie voor (jong) volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en (recidiverend) agressief (delict)gedrag. Het programma is opgebouwd uit drie met elkaar samenhangende modules en beslaat een periode van minimaal 27 weken. GoA-A is gebaseerd op Grip op Agressie Klinisch (GoA-K), een door de Erkenningcommissie Justitiële Interventies erkende interventie (goed onderbouwd). De ontwikkeling van GoA-A heeft plaatsgevonden naar aanleiding van veelvuldige hulpvragen vanuit de ambulante zorg.

GoA-A streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en adaptieve vaardigheden. Tekorten op cognitieve en adaptieve vaardigheden zijn een risicofactor voor agressief (delict)gedrag. Deze vaardigheden staan in relatie tot de eisen en stressoren vanuit de omgeving. Behandeling van agressief (delict)gedrag vindt plaats door de vaardigheden van de cliënt en de beschermende factoren vanuit de context te vergroten en door criminogene risicofactoren te verminderen. Om de programmadoelen te behalen wordt onder andere gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie (CGT), psychomotore therapie (PMT) en dramatherapie.

Doelgroep

GoA-A is geïndiceerd voor volwassenen (vanaf 18 jaar) die ambulant worden behandeld of worden begeleid. De interventie is gericht op cliënten met risicovol agressief gedrag met een LVB met of zonder een justitiële maatregel.

Doel

Het doel van GoA-A is het verminderen en het voorkómen van (recidiverend) agressief (delict)gedrag. Deelname aan GoA-A leidt tot veranderingen in inzicht in de emotionele, cognitieve en gedragsmatige processen die samenhangen met agressief gedrag en boosheid. Attitude, gedachten, gevoelens, vaardigheden en gedrag van de deelnemer zijn hierbij kernelementen.

Aanpak

1. Probleemscenario/delictscenario
2. A. Omgaan met boosheid en agressie (CGT)
B. Herkennen van gevoelens (vaktherapie)
3. Terugvalpreventie

Het CGT onderdeel in module 2 wordt gelijktijdig aangeboden aan het ervaringsgerichte leren door vaktherapie (PMT en dramatherapie). Cliënten werken in een periode van 27 weken aan de beschreven programmadoelen. De eerste module wordt individueel aangeboden. Na deze module kan GoA-A zowel individueel als in een groep van maximaal vier deelnemers worden aangeboden.

GoA-A is afgestemd op de leerstijl van de doelgroep door: ervaringsgericht leren, aansluiten bij het cognitieve, adaptieve en emotionele niveau van functioneren, eenduidig en eenvoudig taalgebruik, ondersteuning bij abstraheren en generaliseren. Binnen GoA-A wordt de dagelijkse context van de deelnemer gebruikt als oefen- en leersituatie.

Materiaal

Voor GoA-A is een programmahandleiding voor de trainers en een werkboek voor de deelnemers ontwikkeld. Er wordt binnen het gehele behandelprogramma tevens gebruik gemaakt van ondersteunend beeld- en geluidmateriaal en instructiefilmpjes.

Onderbouwing

Er zijn drie modellen die relevant zijn voor het begrijpen van agressie bij mensen met een LVB:

1. Biopsychosociaal model (Dodge & Pettit, 2003; Richards, Oswald, & Fedoroff, 2020)
Dit model omvat criminogene risicofactoren (en beschermende factoren) voor de ontwikkeling van agressief gedrag. Deze risicofactoren betreffen biologische, psychologische en sociale condities, zoals impulsiviteit, ongunstige sociaaleconomische omstandigheden en levenservaringen.
2. Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Bonta & Andrews, 2023).
GoA-A is gebaseerd op de principes van het RNR-model. Het RNR-model richt zich voornamelijk op het voorkomen van risicogedrag en beschrijft drie beginselen waaraan interventies moeten voldoen: Risk (risicobeginsel), Need (dynamische risicofactoren) en Responsivity (responsiviteitsbeginsel).
3. Sociale informatieverwerkingsmodel (Crick & Dodge, 1994)
In dit model wordt agressief gedrag verklaard aan de hand van de cognitieve stappen waarin sociale gebeurtenissen worden verwerkt en die resulteren in agressief gedrag.

Een integratie van deze modellen is noodzakelijk vanwege het samengaan van een groot aantal (dynamische) risicofactoren, vaardigheidstekorten en psychosociale problemen die we bij de doelgroep tegenkomen en die het risico op delictgedrag verhogen (zie o.a. Didden, Nijman, Delforterie & Keulen-De Vos, 2020).

Onderzoek

In twee procesevaluaties van GoA-A is de uitvoering en waardering van deelnemers en uitvoerders onderzocht middels interviews en enquêtes (Delforterie & Niehoff, 2024; Segerink, 2021). Hieruit bleek onder andere dat de beoogde doelgroep van GoA-A, te weten cliënten met een LVB en agressieproblematiek, wordt bereikt. Uitvoerders en deelnemers van GoA-A gaven aan tevreden te zijn over de interventie. Er komen een aantal succesfactoren naar voren, zoals de elementen van GoA-A (bv. de vijf G's en vijf B's). Daarnaast zijn er ook een aantal faalfactoren, zoals de beschikbaarheid van materiaal. Op basis van de input van trainers en deelnemers zijn er een aantal verbeterpunten geformuleerd en doorgevoerd.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Grip op Agressie Ambulant (GoA-A) is geïndiceerd voor volwassenen (vanaf 18 jaar) met risicovol agressief gedrag die een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben, met of zonder een justitiële maatregel die binnen de ambulante zorg worden behandeld. Van een LVB wordt gesproken bij een IQ tussen de 50 en 70 óf een IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen (adaptief functioneren). Het agressieve gedrag wordt bepaald en in stand gehouden door criminogene risicofactoren. Het gaat voornamelijk om cliënten met weinig inzicht in het eigen agressieve probleemgedrag, onvoldoende inzicht in eigen risicofactoren, onvoldoende herkennen van signalen van dreigend agressief gedrag, inadequate oplossingsvaardigheden en tekorten in sociale en assertieve vaardigheden. Bij de cliënten is er sprake van een gemiddeld of hoog recidiverisico op agressief gedrag.

Intermediaire doelgroep

GoA-A betreft naast de cliënt ook een eventueel beschikbare steunfiguur (familielid, begeleider of ander persoon). Dit is iemand die uitgekozen is door de cliënt, iemand die belangrijk is voor de cliënt en de cliënt helpt de GoA-A doelen te bereiken.

Selectie van doelgroepen

GoA-A wordt aangeboden aan cliënten in ambulante behandeling waarvan na het proces van intake (samen met informatie vanuit de verwijzer en dossiergegevens), observatie en diagnostiek (inclusief risicotaxatie) blijkt dat zij aan de inclusiecriteria voor GoA-A voldoen. Tabel 1 geeft een overzicht van de selectiecriteria, de bijbehorende selectie-instrumenten en overige bronnen, en de medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het verzamelen van de betreffende gegevens voor de cliënt. Zie ook bijlage 1 voor de beslisboom met de in- en exclusiecriteria.

Het risicovolle agressieve gedrag van de cliënt richt zich op anderen binnen de samenleving. GoA-A legt echter geen specifieke focus op relationeel geweld, brandstichting en agressief gedrag dat zich naar binnen keert in de vorm van automutilatie. Agressief gedrag uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie) vormt een exclusiecriteria voor deelname aan GoA-A. Cliënten met relationeel geweld en brandstichting als agressievorm kunnen deelnemen aan GoA-A, mits de cliënt voldoet aan de inclusiecriteria. Het programma richt zich primair op externe agressie, zonder zich uitdrukkelijk te richten op deze specifieke agressieve gedragsvormen. GoA-A is gericht op externe agressie binnen één of meerdere leefgebieden.

GoA-A wordt individueel of (gedeeltelijk) in groepsverband aangeboden. De eerste module "Probleemscenario/delictscenario" wordt individueel aangeboden (zie ook 1.3 Aanpak). Binnen deze module wordt onder andere een analyse gemaakt van het (ernstige) agressieve gedrag of gepleegde delict van de cliënt. Tevens wordt de risicotaxatie opgesteld aan de hand van de risicofactoren van de cliënt met een individueel risicomangementplan. Op deze factoren is de behandeling gericht. De overige modules van GoA-A kunnen zowel op individuele basis als in groepsverband worden aangeboden. De groepsgrootte is beperkt tot maximaal vier personen, om zorgvuldig in te kunnen gaan op de specifieke hulpvraag van elke cliënt en een zo optimaal mogelijke responsiviteit te bereiken.

Als meerdere cliënten voor GoA-A zijn aangemeld of op een wachtlijst staan voor GoA-A kan ervoor worden gekozen om een groep te starten. Of een cliënt bij een groepsbehandeling kan aansluiten wordt bepaald door de regiebehandelaar die rekening houdt met de pathologie van de cliënt, het probleemgedrag en de vaardigheden. Als de groep als onveilig wordt ervaren door de cliënt kan GoA-A individueel worden aangeboden. Hetzelfde geldt als er sprake is van vaardigheidstekorten en/of psychische problematiek die een negatieve invloed hebben binnen het behandelproces in groepsverband.

Tabel 1

Selectiecriteria, instrumenten en bronnen en verantwoordelijken

Selectiecriteria deelnemers	Instrumenten / bronnen	Verantwoordelijk voor verzamelen gegevens
Inclusiecriteria		
Indicatie voor ambulante behandeling	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Behandelperiode van tenminste 27 weken	Dossier en inschatting	Verwijzer, opnamebureau
18 jaar of ouder	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Een LVB	IQ-test	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiekteam)
1. IQ tussen de 50 en 70		
2. IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen	ADAPT	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiekteam)
Agressief gedrag dat zich richt op anderen binnen de samenleving als primair probleemgedrag of als index-delictgedrag		Diagnostiekteam
Gemiddeld of hoog risico op agressief gedrag/ delict- of recidiverisico: score 3 (matig), 4 (middelhoog), 5 (hoog)	FARE v2	Gedragsdeskundige lid multidisciplinair team (MDT*)
Exclusiecriteria		
Psychiatrische 'oorzaak' van agressief gedrag (bijv. floride psychotische symptomen, schizofrenie)	DSM-5	Psychiater, gedragsdeskundige (o.b.v. MDT*)
Niet-aangeboren hersenletsel als oorzaak van agressie	DSM-5	Psychiater, gedragsdeskundige
Diagnose psychopathie	PCL-SV en PCL-R	Diagnostiekteam
Agressief gedrag heeft alleen plaatsgevonden toen cliënt onder invloed van middelen was	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Agressief gedrag was uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie)	Dossier en observatie	Verwijzer, opnamebureau

* *Noot:* Het MDT bestaat uit tenminste een GZ-psycholoog, een psychiater, de casemanager (trainer) en andere bij de cliënt betrokken medewerkers.

Betrokkenheid doelgroep

Gedurende de ontwikkeling van GoA-A zijn cliënten met een LVB actief betrokken geweest. Dit geldt zowel voor de ontwikkeling van de teksten, als de filmpjes en illustraties die bij GoA-A worden gebruikt. GoA-A komt voort vanuit de jarenlange behandelervaring met mensen met een LVB en agressief (delict) gedrag. Om GoA-A door te ontwikkelen, worden cliënten bij de afsluiting van iedere bijeenkomst uitgenodigd om door middel van mondelinge feedback op de sessie of bijeenkomst hun ervaringen te delen met de trainers. Dit staat bij de afsluiting van iedere bijeenkomst in de trainershandleiding beschreven. Deze informatie vormt mede de basis om de responsiviteit zoveel als mogelijk te borgen. De aanpassingen zijn met name gericht op de uitvoering van GoA-A en bestaan uit toevoegingen van illustraties, extra uitleg via ondersteunend filmmateriaal of sprekende voorbeelden in de tekst van de werkboeken voor de deelnemers.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van GoA-A is het verminderen en het voorkomen van (recidiverend) agressief (delict)gedrag. Deelname aan GoA-A leidt tot veranderingen binnen de vastgestelde risicofactoren op agressief gedrag zoals inzicht in de emotionele processen, cognitieve processen en gedragsmatige processen die samenhangen met agressief gedrag en boosheid (afname van egocentrisme, geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, vijandigheid, impulsiviteit en onvoldoende coping vaardigheden). Attitude, gedachten, gevoelens, vaardigheden en gedrag van de deelnemer zijn hierbij kernelementen. De behandelvoortgang en het bereiken van het hoofddoel worden gemeten met de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS 2.0), de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE v2) en de doelenlijst uit de eindevaluaties.

Subdoelen

- 1. Programmadoel: Cliënt kent en erkent na afronding van het behandelprogramma GoA-A zijn eigen agressief gedrag, kan dit benoemen, ziet de ernst van eigen probleemgedrag in, acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en vertoont geen risicovol agressief gedrag;**

<p>2. Programmadoel: Cliënt kan na afronding van het behandelprogramma GoA-A de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag benoemen en scoort als zodanig op de items uit DROS 2.0 en FARE v2 (erkennen van het eigen risico op probleemgedrag, herkent de signalen voor dreigende terugval en weet in dat geval wat te doen);</p>
<p>3. Programmadoel: De cliënt kent na afronding van het behandelprogramma GoA-A de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag en kan deze benoemen (bij gebruikmaking van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkartaal en signaleringsplan) en kan deze verwerken in een G-schema;</p>
<p>4. Programmadoel: De cliënt kan na afronding van het behandelprogramma GoA-A de aanloop tot zijn agressief gedrag in een vroeg stadium herkennen en doorbreken, adequate oplossingen bij conflicten bedenken, geringe stressoren doorstaan, en heeft een verminderde algemene neiging om boos of vijandig te reageren, en kan gedragsalternatieven overwegen, wat blijkt uit de score op deze DROS 2.0 items;</p>
<p>5. Programmadoel: De cliënt geeft na afronding van het behandelprogramma GoA-A de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag wat blijkt uit zijn scores op de DROS 2.0 items dat gebruik van geweld tot spijt of innerlijk conflict zou leiden en dat de cliënt doorgaans rekening houdt met belangen, gevoelens en rechten van anderen;</p>
<p>6. Programmadoel: De cliënt heeft na afronding van het behandelprogramma GoA-A zijn sociale en assertieve vaardigheden verbeterd wat blijkt uit de score van de DROS 2.0 waaruit blijkt dat hij rekening kan houden met belangen, gevoelens, rechten van anderen, in samenwerking zich doorgaans coöperatief opstelt en voldoende coping vaardigheden heeft ontwikkeld om geringe stressoren zonder problematische gevolgen te doorstaan.</p>

Zie bijlage 2 voor de programmadoelen van GoA-A in samenhang met de DROS 2.0 om de voortgang binnen de behandeling in kaart te brengen.

Subdoelen

Binnen alle bijeenkomsten van GoA-A met de cliënt wordt gewerkt aan bovenstaande programmadoelen. De voortgang van de programmadoelen wordt bewaakt door de rapportage van de trainers na iedere bijeenkomst en scores binnen de DROS 2.0 op de programmadoelen (zie trainershandleiding GoA-A). De beschreven doelen met de voortgang staan tevens centraal in de gesprekken met de steunfiguur uit het netwerk van de cliënt (zie ook 1.3 Aanpak). Aan de hand van subdoelen binnen de verschillende modules van GoA-A wordt stap voor stap gewerkt aan het behalen van de programmadoelen.

Na het afronden van GoA-A is een vermindering zichtbaar in frequentie en ernst van agressie van de deelnemer. Tevens is er een vermindering van tekorten in vaardigheden die de kans op (recidiverend) agressief gedrag vergroten, waaronder afname van egocentrisme, geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, vijandigheid, impulsiviteit en onvoldoende coping vaardigheden. Dit blijkt uit de scores van de DROS 2.0, voortgangsrapportage van de trainer met behandelaar en gesprekken met de steunfiguur.

Overzicht van alle subdoelen die afgeleid zijn van de programmadoelen van GoA-A.

Module 1: Probleemscenario/delictscenario

Het risicovolle agressieve (delict)gedrag van de cliënt wordt in beeld gebracht, waarbij de stappen of schakels uit de totale keten die geleid hebben tot het agressieve (delict)gedrag, worden opgesteld en geanalyseerd.

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer kent zijn keten risicovol agressief gedrag/ delictketen
- Deelnemersanalyse van schakels uit de totale keten risicovol agressief gedrag/ delictketen
- Deelnemer kent de schakels binnen de gebeurtenis rond: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag en Gevolgen
- Deelnemer kent zijn: goedpratens, ontremmers, schijnbaar onbelangrijke beslissingen, triggers en zijn signaleringsplan
- Deelnemer krijgt inzicht in proces dat vooraf gaat aan het agressieve (delict) gedrag

- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag

Module 2: Omgaan met boosheid en agressie

Omgaan met boosheid en agressie bevat een cognitief-therapeutisch onderdeel (A) en een vaktherapeutisch onderdeel dat gericht is op ervarend leren (B). Dit laatste deel wordt aangeboden door een psychomotore therapeut (PMT) en door een dramatherapeut. De onderwerpen die behandeld worden in onderdeel A en B worden aansluitend op elkaar aangeboden.

Subdoelen behorende bij onderdeel A:

- Deelnemer weet hoe agressief gedrag ontstaat
- Deelnemer weet wat gedachten zijn
- Deelnemer weet dat gedachten samenhangen met gedrag
- Deelnemer weet wat negatieve gedachten en helpende gedachten zijn
- Deelnemer kent de gevolgen van negatieve gedachten en helpende gedachten
- Deelnemer kent de 5 G's en de samenhang
- Deelnemer kent oplossingsstrategieën
- Deelnemer kan zijn verhoogde arousal reduceren door gebruik te maken van de aangeleerde technieken
- Deelnemer maakt gebruik van zelfmanagement en zelfcontrolerende technieken
- Deelnemer maakt gebruik van de spanningsthermometer, spanningspiramide, signaleringsplan en eerste hulpkaart.
- Deelnemer maakt gebruik van aangeleerde adequate spanning reducerende vaardigheden
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer kan eigen niveaus van oplopende spanning (spanningspiramide, spanningsthermometer, signaleringsplan) herkennen en benoemen
- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden

Subdoelen behorende bij onderdeel B:

- Deelnemer leert eigen signalen en gevoelens van spanning herkennen en benoemen
- Deelnemer ervaart de verbinding tussen gevoelens, gedachten en gedrag
- Deelnemer kan zijn grenzen aangeven en afstand en nabijheid hanteren, en kan worden geconfronteerd met adequate oplossingsstrategieën bij verhoogde spanning benoemen en uitvoeren
- Deelnemer kan zijn verhoogde arousal reduceren door gebruik te maken van ontspanningsoefeningen
- Deelnemer kan zijn gevoelens uitdrukken met de 4 B's

Module 3: Terugvalpreventie

Binnen deze module past de cliënt alle aangeleerde vaardigheden uit de voorgaande modules toe.

Gebeurtenissen uit de dagelijkse context van de cliënt worden ingebracht en geanalyseerd volgens een schema: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel, Gedrag, Gevolg (5 G's). Oplopende spanning wordt geordend en de cliënt leert voortdurend zijn spanning te reduceren door zijn gedachten, gevoel en/of gedrag aan te passen.

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer kan alternatieve technieken en ontspanningstechnieken uitvoeren en toepassen op de juiste momenten.
- Deelnemer herkent eigen risicovolle gebeurtenissen, gevoelens en gedachten om agressief gedrag te voorkomen
- Deelnemer herkent eigen goedpraters, ontremmers en schijnbaar onbelangrijke beslissingen
- Deelnemer herkent triggers voor eigen agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken

- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden

Ten slotte zijn er binnen de contactmomenten met de steunfiguur van de deelnemer (indien aanwezig) ook doelen geformuleerd:

- De belangrijkste steunfiguur uit het systeem kent de gebeurtenissen die de aanleiding zijn van het risicovolle agressieve gedrag (delict) van de deelnemer.
- De deelnemer kan samen met zijn steunfiguur een Signaleringsplan in de dagelijkse leefsituatie toepassen.
- De deelnemer geeft samen met de trainer en steunfiguur aan welke hulp hij/zij van de steunfiguur nodig heeft na afloop van GoA-A.

1.3 Aanpak

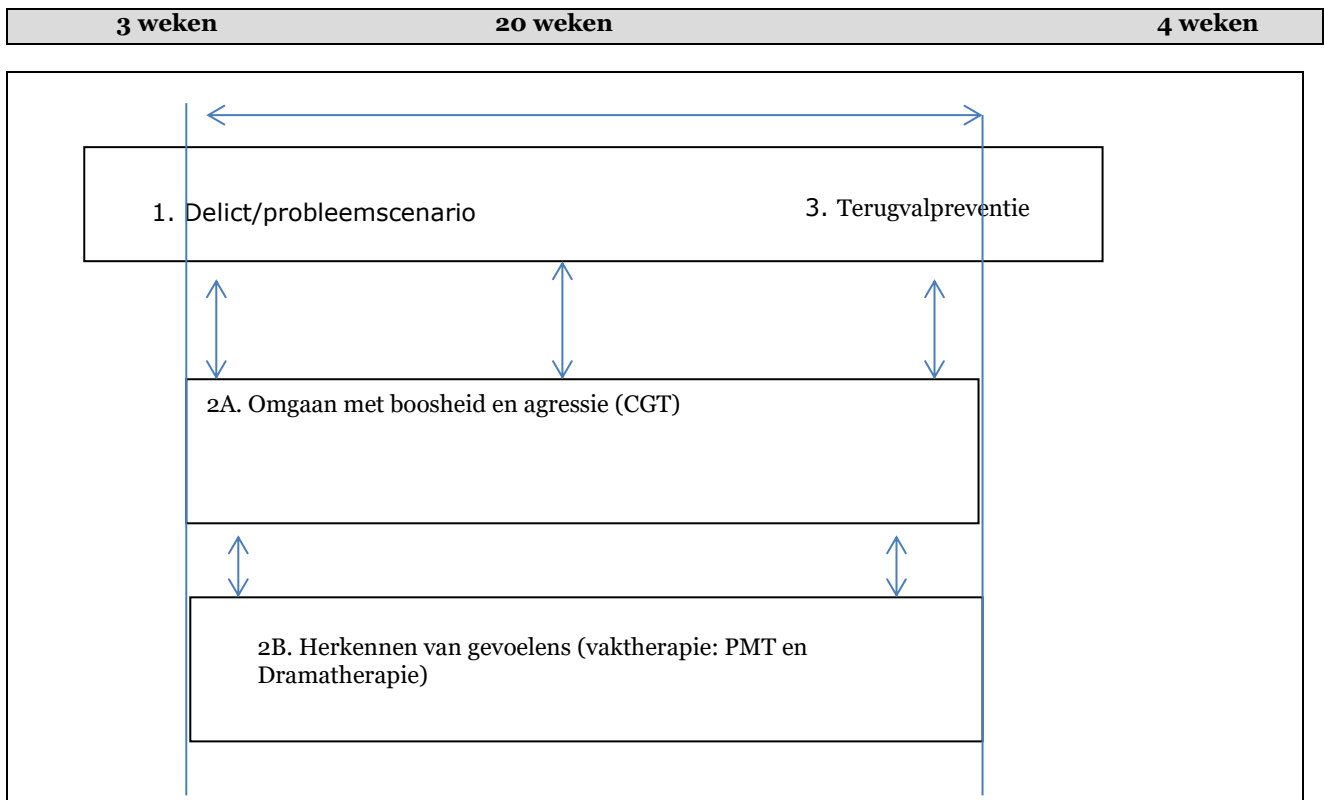
Opzet van de interventie

GoA-A wordt ambulante gegeven, individueel of in een groep van maximaal vier cliënten. De keuze wordt bepaald door de regiebehandelaar aan de hand van de in- en exclusiecriteria (zie onder 1.1 Selectie van doelgroep). Het programma duurt ten minste 27 weken, waarbij cliënten wekelijks tweemaal een sessie volgen. Daarbij worden de CGT- en vaktherapeutische interventies (module 2A en B, zie hieronder) in dezelfde week aangeboden.

GoA-A bestaat uit drie modules:

1. Probleemscenario/delictscenario
2. A. Omgaan met boosheid en agressie (CGT)
B. Herkennen van gevoelens (vaktherapie)
3. Terugvalpreventie

De drie modules vormen samen één geheel en cliënten dienen het gehele programma, in de beschreven volgorde, te volgen. De opdeling in modules maakt dat het programma voor de cliënten uit overzichtelijke en haalbare onderdelen bestaat. Cliënten werken binnen iedere bijeenkomst aan bepaalde doelen. Ter motivatie behalen de cliënten bij afronding van elke module een deelcertificaat.



Inhoud van de interventie

Wanneer uit de aanmelding, het dossieronderzoek, de diagnostiek en/of uit het intakegesprek blijkt dat de cliënt voldoet aan de in- en exclusiecriteria voor GoA-A (zie onder 1.1 Selectie van doelgroep), meldt de regiebehandelaar de cliënt aan voor deelname aan GoA-A. Elke module van GoA-A wordt aangeboden zoals staat beschreven. De programmadoelen van iedere bijeenkomst zijn bepalend voor de inhoud van iedere sessie.

De modules “Probleemscenario/delictscenario” (1) en “Terugvalpreventie” (3) kunnen in tijd en intensiteit variëren, afhankelijk van de ernst van het risicovolle gedrag en de hulpvraag van de cliënt. Het aanpassen in tijd en intensiteit van deze modules gebeurt in overeenstemming met de ernst van het agressieve gedrag van de cliënt, waarbij de veiligheid van zowel de cliënt als de samenleving centraal staat. Na de intake, geleid door de regiebehandelaar en een casemanager, volgt een multidisciplinair overleg. Op basis van het intakegesprek en de verstrekte dossierinformatie wordt het risicotaxatie-instrument de FARE v2 ingevuld. Deze gegevens bepalen de ernst van het agressieve gedrag en spelen een rol bij het vaststellen van de duur van module 1 en het moment waarop GoA-A wordt gestart. Bijvoorbeeld een cliënt met ernstig agressief gedrag, met aanzienlijke impact voor zichzelf en de samenleving, moet zo snel mogelijk kunnen beginnen met de behandeling. Bepalend voor het aantal bijeenkomsten is de complexiteit of de ernst van de agressie (gebaseerd op de diagnostiek gericht op de aanwezige pathologie), niveau van functioneren en de effectieve leerstijl van de cliënt.

Bij aanvang (module 1: “Probleemscenario/delictscenario”) ligt de nadruk onder andere op de analyse van het probleemgedrag. Als er sprake is van comorbiditeit, kan het multidisciplinair behandelteam onder leiding van de regiebehandelaar besluiten de duur en intensiteit van deze module te verlengen.

In module 2, A: “Omgaan met boosheid en agressie” en B: “Herkennen van gevoelens”, worden stap voor stap vaardigheden aangeleerd in de beschikbare tijd. Het toepassen van deze geleerde vaardigheden volgt in module 3: “Terugvalpreventie”.

Bij afsluiting van GoA-A in module 3, “Terugvalpreventie”, ligt de focus op het kunnen toepassen van de bij module 2 geleerde vaardigheden binnen de leefsituatie van de cliënt. Wanneer het niveau van functioneren laag is en de effectieve leerstijl van de cliënt om meer herhaling vraagt, kan het multidisciplinair behandelteam besluiten bij deze module de duur en intensiteit te verlengen.

Wervingsmethode

De wervingsmethode voor GoA-A is gebaseerd op de bekendheid van het programma bij alle behandelaren binnen de ambulante voorziening waar de cliënt is aangemeld. Het is essentieel dat alle behandelaren op de hoogte zijn dat GoA-A beschikbaar is voor cliënten met (ernstig) agressief gedrag die voldoen aan de inclusiecriteria. Daarvoor moet GoA-A in de organisatie geïncorporeerd worden op de plek waar alle specialistische behandelmogelijkheden worden gepresenteerd, zoals in een behandelplein. Een behandelplein is een voorbeeld van een platform die voor iedere organisatie anders zal zijn, waarbij een overzicht gegeven wordt welke specialistische behandelingen (voor agressie, verslaving, traumabehandeling, etc.) beschikbaar zijn binnen de organisatie. In geval van agressieproblematiek zou GoA-A als (mogelijke) interventie naar voren moeten komen. Extra ondersteuning voor bekendheid van GoA-A vanuit de programmamakers is mogelijk, bijvoorbeeld door middel van een inhoudelijke bijeenkomst over het proces en doel van GoA-A.

Module 1: Probleemscenario/delictscenario (minimaal 3 weken)

Deze module wordt aangeboden door een daarvoor opgeleide psycholoog of gedragsdeskundige. Het agressieve (delict)gedrag wordt geanalyseerd, waarbij de schakels uit de totale keten die geleid hebben tot het agressieve (delict)gedrag worden geformuleerd. De schakels hebben onder andere betrekking op de gebeurtenis, gevoelens, gedachten, gedrag en de gevolgen van het gedrag. De deelnemers maken kennis met de zogeheten 5 G's. Tevens wordt aandacht besteed aan mogelijke 'goedpraters' ('hij vroeg er om'), ontremmers (alcohol, drugs, medicijnen, slaapttekort), schijnbaar onbelangrijke beslissingen (keuze gericht op ander voordeel voor cliënt) en 'triggers'. Het doel van deze module is dat de deelnemers inzicht krijgen in het proces dat vooraf gaat aan het agressieve (delict)gedrag, dat het eindresultaat is van een serie aan elkaar verbonden Gebeurtenissen, Gevoelens, Gedachten, Gedragingen en Goedpraters (de 5 G's).

Module 2A: CGT: Omgaan met boosheid en agressie (20 weken)

Deze module wordt aangeboden door hiertoe opgeleide casemanagers/trainers. Binnen deze module leert de cliënt wat gedachten zijn. De cliënt wordt geleerd dat gedachten samenhangen met hoe hij zich gedraagt. Er wordt nadrukkelijk stilgestaan bij de verbinding tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Ook wordt stilgestaan bij de samenhang tussen negatieve gedachten enerzijds en gevoel en gedrag anderzijds. Negatieve gedachten en helpende gedachten en de mogelijke gevolgen hiervan op het gedrag en de gevoelens worden uiteengezet.

De cliënt leert wat onder boosheid (woede) en agressief gedrag wordt verstaan en hoe hij boosheid en agressie bij zichzelf kan herkennen. Spanningsreducerende vaardigheden worden verder uitgebreid. Er wordt gebruik gemaakt van werkbladen, filmmateriaal, Spanningsthermometer en Spanningspiramide, Eerste Hulp Kaart en Signaleringsplan, waarin de opbouw van spanning geformuleerd is met daaraan gekoppeld de

interventies van de cliënt zelf en zijn of haar omgeving om de spanning te verminderen.

Er wordt gebruik gemaakt van filmmateriaal en een werkboek (zie Niehoff, Didden, Valenkamp & Rutten, 2019a) voor de deelnemers. De instructiefilmpjes zijn afkomstig van GoA-K en zijn ter ondersteuning bij het leren van de betreffende vaardigheden.

Module 2B: Vaktherapie (PMT en Dramatherapie): Herkennen van gevoelens (20 weken)

Dit deel wordt vanuit de Psychomotore therapie (PMT) gegeven door een psychomotorisch therapeut samen met een dramatherapeut vanuit de Dramatherapie. Er wordt op methodische wijze gebruik gemaakt van werkvormen gericht op de lichaamsbeleving en handelen in bewegingssituaties. Het doel van deze module is dat de cliënt zijn eigen signalen en gevoelens van spanning kan herkennen. Lichamelijke spanning en ontspanning staan hierbij centraal. Eveneens wordt binnen deze module stilgestaan bij de verbinding tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Vaardigheden worden aangeleerd en geoefend, bijvoorbeeld op het gebied van grenzen aangeven, afstand en nabijheid aanhouden, confronteren en oplossingsstrategieën bij verhoogde spanning benoemen en uitvoeren.

Er worden voor de deelnemer relevante situaties nagebootst waarbij de deelnemer zijn subjectief beleefde realiteit kan laten zien. De cliënten kunnen interacties oefenen binnen relevante nagebootste situaties en de eigen ervaringen en gedragingen herkennen. Door middel van diverse oefeningen wordt de cliënt geleerd zijn gevoelens te herkennen. Naast de gevoelens als bang, blij, beschaamd en bedroefd ligt de nadruk op het herkennen van het gevoel 'boos'.

Module 3: Terugvalpreventie (minimaal 4 weken)

De module Terugvalpreventie is gericht op het toepassen van alle aangeleerde vaardigheden uit GoA-A. Situaties die door de cliënt als spanningsvol worden ervaren, worden geanalyseerd volgens een vast model van de 5 G's. De cliënt is hierdoor binnen de gebeurtenis gericht op de eerste signalen van oplopende spanningen met daaraan gekoppeld de voortdurende wisselwerking tussen gedachten, gevoel en gedrag. De cliënt is voortdurend gericht op zijn vaardigheden om oplopende spanningen te reduceren, ontwikkelde coping vaardigheden te tonen en het voorkomen van risicovolle agressieve (delict)gedrag niet meer waarneembaar is. Het laatste deel van GoA-A wordt aangeboden door een gedragsdeskundige. Gebeurtenissen die spanning bij de cliënt hebben opgeleverd worden door de cliënt ingebracht. Een gebeurtenis wordt geanalyseerd door het formuleren van gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen in relatie tot deze gebeurtenis. De cliënt geeft door middel van een cijfer de ernst en intensiteit aan van de ervaren gevoelens. Bij de gevolgen wordt naderhand gekeken of deze spanning-verminderend of juist -verhogend was. Ook wordt er gekeken of de gedachten helpend waren of juist niet-helpend (negatieve gedachten).

De gedragsdeskundige kan met behulp van therapeutische gesprekken aansluiten op die vaardigheden en inzichten waarop de cliënt geen of te weinig vooruitgang boekt. Daarnaast kan stagnatie op bepaalde doelen betekenen dat de contextuele ondersteuning wordt geïntensiveerd, zowel in de huidige leefomgeving van de cliënt als na afronding van het programma door middel van (blijvende) ondersteuning.

Steunfiguur en generalisatie

Het betrekken van naasten, ook wel steunfiguren genoemd, bij de ambulante behandeling van cliënten met een LVB is van cruciaal belang. Het betrekken van een steunfiguur bij de ambulante behandeling is noodzakelijk voor het bevorderen van het welzijn en de kwaliteit van leven van de cliënt, evenals voor het verbeteren van de effectiviteit van de behandeling zelf. Naast de praktische hulp en emotionele steun, kan de steunfiguur de cliënt ondersteunen bij het oefenen en uitvoeren van de vaardigheden die worden aangeleerd bij GoA-A en daarbij tevens helpen bij het automatiseren en generaliseren van deze vaardigheden.

Steunfiguren kennen de dagelijkse uitdagingen, de sociale context en de mogelijke triggers voor het problematische gedrag van de cliënt. Door een steunfiguur te betrekken, kan de behandeling worden geïntegreerd in het dagelijks leven van de cliënt. Bovendien kan de steunfiguur de cliënt ondersteunen bij het naleven van de afspraken en maken van de huiswerkopdrachten van GoA-A.

Op verschillende manieren fungeren steunfiguren als een verlengstuk van de zorgverleners. Ze kunnen helpen bij het monitoren van de voortgang van de behandeling, het signaleren van eventuele terugval en het tijdig ingrijpen wanneer dat nodig is. Dit draagt bij aan de continuïteit van de zorg en het voorkomen van crises.

Bij ambulante behandeling van cliënten met een LVB kunnen verschillende personen als steunfiguur worden beschouwd, afhankelijk van de situatie van de cliënt. Enkele voorbeelden van een steunfiguur die betrokken kan zijn (of worden) bij de behandeling zijn: familie, een vriend(in), partner, mentoren of begeleiders, burens. Het is aan de behandelaars om samen te werken met de cliënt en zijn of haar sociale netwerk om de meest geschikte en ondersteunende naaste te identificeren en als steunfiguur te betrekken bij de behandeling.

Steunfiguren worden betrokken bij de behandeling van GoA-A door hen uit te nodigen voor de bijeenkomsten en/of door aparte afspraken te maken met de cliënt en zijn steunfiguur. De regiebehandelaar zal met de cliënt in gesprek gaan over het belang van het betrekken van een steunfiguur in de behandeling en samen overleggen zij wie hier het meest geschikt voor is.

De frequentie dat de steunfiguur aanwezig is bij de verschillende bijeenkomsten binnen GoA-A wordt door de regiebehandelaar samen met de cliënt bepaald en zal onder andere afhankelijk zijn van de ondersteunende

mogelijkheden van de steunfiguur en de ernst van het probleemgedrag van de cliënt. Tijdens de bijeenkomsten die samen met de steunfiguur worden gehouden kan aandacht geschonken worden aan informatie over het behandelprogramma, wijze van ondersteuning van de steunfiguur, frequentie van contact en andere mogelijke afspraken die worden gemaakt.

Bij de afsluiting van GoA-A wordt de steunfiguur uitgenodigd en presenteert de cliënt wat hij heeft geleerd. Ook dragen de cliënt en trainer over aan de steunfiguur welke hulp de cliënt nodig heeft van de steunfiguur na afronding van GoA-A.

2 Uitvoering

Materialen

Voor GoA-A is een Programmatrainershandleiding voor de trainers en een werkboek voor de deelnemers (zie Niehoff et al., 2019a) ontwikkeld, rekening houdend met de criteria van de Erkenningscommissie Justitiële Interventies. De interventie kent drie modules die in het werkboek voor de deelnemers zijn samengevoegd tot een werkboek. Bij module 2, “Omgaan met boosheid en agressie” wordt bij de cognitief gedragstherapeutische bijeenkomsten gewerkt met een werkboek waarin tevens gebruik gemaakt is van beeldmateriaal en instructiefilmpjes. Binnen GoA-A maakt vaktherapie (PMT en Dramatherapie) geen gebruik van een werkboek voor deelnemers.

Links voor verkorte of uitvoerige introductiefilm GoA. (met of zonder Engelse ondertiteling)

1. Introductiefilm Grip op Agressie. <https://youtu.be/hNHbg00m5kc>
2. Introductiefilm Grip op Agressie + ENG ondertiteld, <https://youtu.be/ZRd3DXDzRMI>
3. Verkorte introductiefilm Grip op Agressie | verkort, <https://youtu.be/bzn1KNXuCnM>
4. Verkorte introductiefilm Grip op Agressie | verkort + ENG ondertiteld, <https://youtu.be/t59YeIsWIcc>

Opleiding trainers: opleiden@trajectum.info (aanbod e-learning)

Overige informatie: kenniscentrum@trajectum.info

Locatie en type organisatie

~~0 Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren~~

~~0 Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning~~

0 Gespecialiseerde hulp

In alle instellingen met een ambulante (forensisch) behandelaanbod voor SGLVG, o.a. bij De Borg instellingen (<http://www.de-borg.nl/>). Onder de Borg instellingen vallen naast Trajectum (Gelderland, Overijssel, Friesland, Groningen en Drenthe), Fivoor (Utrecht, Flevoland en Noord-Holland), Ipse De Bruggen (Zuid-Holland en Zeeland) en Stevig (Noord-Brabant en Limburg). Deze instellingen zijn door de overheid erkend en zorgen voor een landelijke dekking.

Veelal bezoekt de cliënt voor behandeling de (poli)kliniek. Het is ook mogelijk dat de trainer bij de cliënt thuis komt. De regiebehandelaar besluit samen met de cliënt waar het programma wordt aangeboden.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Betrokken disciplines
<ul style="list-style-type: none">- Gedragsdeskundige (waaronder regiebehandelaar);- PMT therapeut;- Drama therapeut;- Sociotherapeut of casemanager.
Daarnaast bestaat het profiel van een trainer/uitvoerder uit de volgende punten: <ul style="list-style-type: none">- Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten die vallen onder de doelgroep met een SGLVB-indicatie en agressief gedrag.- Heeft een relevante HBO-opleiding afgerond of functioneert op dit denk- en werkniveau.- Heeft kennis van en ervaring met prosociale modeling.- Heeft basiskennis van leerstijlen en theorieën.- Heeft kennis van en ervaring met methodisch werken.- Heeft kennis van en ervaring met motiverende gesprekstechnieken.- Is in staat programmastof flexibel te hanteren vanuit responsiviteitsbeginsel.- Is in staat de programma-integriteit te waarborgen.- Kan zich verplaatsen in de cliënt en heeft een accepterende houding.- Is in staat cliënten tot gedragsverandering te motiveren door voldoende aandacht te besteden aan de eigen wensen van de cliënt.- Is herkenbaar voor de cliënt omdat hij de ‘taal’ van cliënten met een SGLVB spreekt.- Vertoont prosociaal gedrag.- Is directief waar nodig.- Beschikt over didactische vaardigheden die aansluiten bij de doelgroep.- Kan goed omgaan met storend gedrag.- Kan signalen van agressie herkennen en agressie voorkomen.

- Is authentiek en gelooft in gedragsverandering van cliënten.
- Beschikt over voldoende cognitieve vaardigheden.

Kwaliteitsbewaking

Binnen de programma-trainershandleiding van GoA-A staan de kwaliteitseisen en de kwaliteitsbewaking omschreven. Hier staat uitvoerig beschreven aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om GoA-A uit te voeren zoals beschreven. Naast de randvoorwaarden is de implementatie beschreven in een afzonderlijk document waar tevens aandacht is voor de borging van het programma.

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door een coördinator en regiebehandelaar met de uitvoerende trainers van GoA-A. Onderstaande eisen worden door deze professionals vormgegeven:

1. De implementatie monitor is leidend om GoA-A passend te realiseren.
2. De coördinatie verloopt volgens opgesteld plan, omschreven in de implementatie handleiding van GoA-A.
3. De trainers, gedragswetenschappers en vaktherapeuten voldoen aan de gestelde voorwaarden.
4. Binnen de jaarlijkse intervisie (terugkomdag) in maart wordt gereflecteerd op de uitvoering van GoA-A, de programma-integriteit en knelpunten hierin. Daarnaast wordt stilgestaan bij de ervaring en waardering van trainers en cliënten over GoA-A. Ten slotte wordt per e-mail een enquête uitgestuurd op het gebied van de programma-integriteit. Een samenvatting van wat er is besproken en uit de enquête naar voren komt, wordt in een verslag naar alle trainers gestuurd.
5. De ervaringen worden teruggekoppeld naar de programmaleider, verantwoordelijke van GoA-A om het programma zo nodig aan te passen.
6. Vernieuwde wetenschappelijke kennis wordt bewaakt om de kwaliteit van het programma GoA-A voortdurend aan te vullen en te verbeteren.
7. De trainers geven elkaar voortdurend feedback op de uitvoering van het programma zoals het is bedoeld en staat omschreven.
8. GoA-A wordt geïndiceerd voor de doelgroep die staat omschreven.
9. Bij de opleiding van de trainers komen alle eisen aan bod van GoA-A en wordt tevens de mogelijkheid geboden om contact op te nemen met de ontwikkelaars als er knelpunten ontstaan bij de uitvoering.
10. De opleiding is gericht op de theoretische onderbouwing en op de uitvoering. De opleiding wordt aangeboden door Trajectum. Dit kan zowel intern als in de opleidingsgroepen die jaarlijks veelvuldig worden aangeboden door Trajectum.
11. De trainers communiceren met de behandelaar/het team na afronding van iedere bijeenkomst over de voortgang en knelpunten van elke cliënt in het cliëntendossier.

Randvoorwaarden

- GoA-A is een behandelprogramma van 27 weken. Het vergt zowel van de cliënt als van de trainers een investering in tijd, alsmede ook van andere betrokkenen zoals behandelaren en casemanagers.
- Basisvoorwaarde voor het goed uitvoeren van het programma is een goede onderlinge afstemming tussen de verschillende uitvoerders binnen het totale aanbod van GoA-A: behandelaren en trainers.
- Management moet in staat zijn om aan de praktische randvoorwaarden van GoA-A te voldoen. Praktische randvoorwaarden zijn opgeleide (zie 2.3) en beschikbare trainers, beschikbare ruimtes en trainersmateriaal.
- Huiswerkopdrachten dienen altijd te worden gemaakt; bij afwezigheid schuift het huiswerk door naar de volgende bijeenkomst. De cliënt wordt binnen de bijeenkomsten gemotiveerd en gestimuleerd om het huiswerk te maken. Bovendien kan de cliënt hierin worden ondersteund door een herinneringsbericht aan de cliënt te versturen voorafgaande aan de bijeenkomst.
- De uitvoering van het behandelprogramma wordt door de trainers structureel gemonitord ter evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA-A met behulp van een evaluatieformulier (zie programma-trainershandleiding).
- Iedere bijeenkomst dient te worden uitgevoerd zoals beschreven staat in de programma-trainershandleiding GoA-A. Bovendien staat beschreven hoe na iedere bijeenkomst de rapportage en terugkoppeling moet plaatsvinden naar de regiebehandelaar. Bovendien wordt de voortgang binnen de gehele behandeling geborgd door de reguliere overlegmomenten binnen de ambulante organisatie die standaard binnen de instelling zijn georganiseerd.

Naast dat het management in staat moet zijn om aan de praktische randvoorwaarden te voldoen, moet er tevens draagvlak zijn vanuit het management (zie bijlage 3 en 4). Het verkrijgen van draagvlak binnen het management voor het uitvoeren van GoA-A vereist een strategische aanpak en effectieve communicatie om

het draagvlak van de uitvoering zo maximaal mogelijk te maken en te behouden. De implementatiehandleiding van GoA-A beschrijft de stappen die noodzakelijk zijn om het programma juist te implementeren en te borgen. Binnen de implementatie wordt onder andere aandacht besteed aan de theoretische verklaring en onderbouwing van het behandelprogramma met de werkzame factoren, voorlichting, betrekken van de professionals die betrokken zijn bij de uitvoering van GoA-A en het creëren van de randvoorwaarden die beschreven staan in de implementatiemonitor. Het management dient zorg te dragen voor het beschikbaar stellen van voldoende middelen voor de implementatie van het behandelprogramma, zoals training voor medewerkers, technologische ondersteuning en administratieve middelen.

De trainers worden jaarlijks uitgenodigd om het programma te monitoren en te evalueren tijdens een terugkomdag. De uitkomsten van de terugkomdag en wat de ontwikkelaars daarmee gaan doen worden gerapporteerd aan de trainers met de nadrukkelijke vraag dit te delen met het management en andere belanghebbenden om het draagvlak te behouden. De verzamelde gegevens tijdens de terugkomdag worden tevens gebruikt door de ontwikkelaar om GoA-A, daar waar nodig, aan te passen.

De randvoorwaarden zijn in een implementatiemonitor (zie bijlage 3) verwerkt en worden door de regiebehandelaar samen met de trainers en een manager van het ambulante zorgaanbod ieder half jaar geëvalueerd. Hieruit volgen mogelijke verbeterpunten ten behoeve van het aanbod van GoA-A.

Implementatie

De implementatie, uitvoering en borging staan beschreven in de programma-trainershandleiding van GoA-A en bijlage 3.

De criteria die in het implementatieplan centraal staan zijn:

<p>(1) Implementatie</p> <p>GoA-A kan geïmplementeerd worden in alle instellingen met een ambulant of poliklinisch (forensisch) behandel aanbod voor (SG)LVB.</p> <p>Er zijn 7 criteria voor het implementeren van GoA-A:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Criterium 1: Bekendheid – PR/Kartrekker - Criterium 2: Beschikbaarheid materialen - Criterium 3: Indicatie en verwijshrouten - Criterium 4: Scholingsfaciliteiten - Criterium 5: Geschoolde trainers - Criterium 6: Uitvoering - Criterium 7: Monitoring, evaluatie en effectmeting
--

Een instelling die GoA-A wil implementeren neemt contact op met de ontwikkelaar (Trajectum). Hierbij kan extra uitleg gegeven worden over het behandelprogramma GoA-A. Naast de behandelinhoud worden tevens de randvoorwaarden besproken van de implementatie monitor. De implementatie monitor is leidend binnen het projectplan welke door de coördinator van de instelling wordt gehanteerd zodat GoA-A aangeboden kan worden door de opgeleide trainers/behandelaren.

Op grond van de informatie wordt door de vragende instelling bepaald of men over wil gaan tot implementatie. De programma integriteit en responsiviteit moet worden gewaarborgd door zich te verbinden aan de randvoorwaarden die bepalend zijn.

Trajectum start hierbij met het opleiden van de trainers en medewerkers die een rol hebben binnen het aanbod van GoA-A (zie programma-trainershandleiding). De programma-trainershandleiding wordt aangeboden, samen met het werkboek voor de cliënten. Binnen de opleiding krijgen de trainers uitleg over het verklaringmodel en het veranderingsmodel voor agressief gedrag. Bovendien staan in de opleiding de programma integriteit en responsiviteit centraal. Binnen de opleiding wordt ruim aandacht besteed aan de wijze waarop de sessies worden (vorm) gegeven zoals beschreven staat in de programma-trainershandleiding. Naast de inhoudelijke opleiding is tevens een belangrijke rol weggelegd voor een manager of coördinator die de randvoorwaarden beschikbaar stelt, bewaakt en borgt. Het proces van implementeren staat beschreven in bijlage 3.

Kosten

<p>Tijdsinvestering (Daadwerkelijk te besteden tijd o.a. tijdsinvestering, doorlooptijd).</p> <p>De minimale behandelduur van GoA-A is 27 weken</p>
--

<p>De GoA-A bestaat uit 3 delen. Tijdens de gehele behandelooftijd zijn er vier disciplines betrokken bij de behandeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gedragsdeskundige – totaal 12 uur - PMT therapeut – totaal 23 uur - Drama therapeut – totaal 23 uur - Sociotherapeut of casemanager- totaal 25 uur. <p>De uren achter de disciplines omvatten naast de werkzaamheden ook de administratie uren zoals het cliëntvolgsysteem. Daarnaast volgt elke behandelaar/therapeut een training die een dag duurt.</p>		
Training		
Alle betrokken disciplines dienen een opleiding tot GoA-trainer te hebben gevolgd, dit is vereist. De opleiding voor alle trainers of medewerkers bestaat uit 1 dag voor instellingen die bekend zijn met de doelgroep SGVLG en wordt verzorgd door 2 opleiders.		
Aandachtsfunctionaris		
NVT		
Kosten		
<p><i>De urenbesteding voor de betrokken disciplines verdeeld over de modules * de kosten per betrokken discipline.</i></p> <p>Alle betrokken disciplines volgen een opleiding van een dag, ongeveer 8 uur uitgaande van een reguliere werkdag. De kosten voor zo een dag zijn per trainer 450 euro.</p> <p>De uurtarieven zijn berekend op basis van de NZa uurtarieven voor de verschillende disciplines in de gb-ggz.</p>		
Gedragsdeskundigen; PMT therapeut; Drama therapeut; Sociotherapeut of casemanager.	12 uur * 96,42 euro + 23 uur * 99,18 euro ++ 23 uur * 116,34 euro +++ 25 uur * 141,04 euro ++++	1.157,04 euro 2.281,14 euro 2.675,82 euro 3.526,00 euro
Totaal		9.640 euro

+ NZa uurtarief voor gedragstherapeut 96,42 euro
 ++ NZa uurtarief voor vaktherapeut PMT 99,18
 +++ NZa uurtarief voor vaktherapeut creatief 116,34
 ++++NZa uurtarief voor GGZ Agoog 141,04

3. Onderbouwing

Probleem

Agressief gedrag komt veel voor bij mensen met een LVB die in de samenleving ('community') verblijven. Een onderzoek in een stad in Quebec liet zien dat 52% van mensen met een LVB een vorm van agressief gedrag liet zien (zie Crocker et al., 2006). Een studie door Cooper et al. (2009) in een community in een regio in Schotland liet een percentage van 65% van een vorm van agressief gedrag zien door volwassenen met een verstandelijke beperking die in de samenleving woonden. Voor zover wij kunnen nagaan is er nog geen onderzoek verricht naar agressief gedrag bij mensen met een LVB in de Nederlandse samenleving.

Mensen met een LVB lopen om verschillende redenen een verhoogd risico op agressief (delict) gedrag (Kaal et al., 2017; Van den Akker et al., 2021). Dit verhoogde risico wordt veroorzaakt door een interactie tussen verschillende factoren, waarop zij vaak tekortkomingen laten zien, zoals biologische condities (o.a., stressgevoeligheid, hersenletsel), context (o.a., crimineel netwerk, opgroeien in armoede, mishandeling door ouder) en psychologische kenmerken (o.a., tekortschietende emotieregulerende vaardigheden, trauma). Dergelijke risicofactoren komen vaker voor bij mensen met een LVB dan bij mensen zonder een LVB.

De gevolgen van (herhaalde) agressie bij mensen met een LVB kunnen ernstig zijn. Agressief gedrag kan leiden tot uithuisplaatsing, werkloosheid, en bijvoorbeeld vroegtijdige uitval op school, welke kunnen leiden tot (verdere) uitsluiting in de samenleving, stigma en isolement en psychische problematiek. Vanwege agressief gedrag kunnen mensen met een LVB in contact komen met politie en justitie (Neijmeijer, 2020). Om agressief gedrag te verminderen en om recidive te voorkomen, is behandeling soms noodzakelijk (Didden et al., 2020). In een aantal gevallen is een intensieve klinische behandeling niet nodig of mogelijk, en kan behandeling beter plaatsvinden in een ambulante of poliklinische context. Voor deze cliënten wordt het behandelprogramma GoA-A aangeboden (zie de programmatrainershandleiding van GoA-A [Niehoff et al., 2019b] voor meer informatie).

Oorzaken

Er zijn drie modellen die relevant zijn voor het begrijpen van agressief gedrag bij mensen met een LVB en die behoren tot de doelgroep van GoA-A. Zo is er het biopsychosociaal model (voor een overzicht, zie bijvoorbeeld Richards, Oswald & Fedoroff, 2020). Biologische condities zijn o.a. mannelijk geslacht, moeilijk temperament en impulsiviteit. Bepaalde levenservaringen in de interactie met ouders, leeftijdgenoten en maatschappelijke instituties (bijvoorbeeld school) kunnen eveneens een risico verhogende factor vormen. Middelennisbruik (Van der Nagel et al., 2020) en werkloosheid (Verbruggen et al., 2011) hangen samen met het risico op agressie. Mensen met een LVB wonen vaak in een woonwijk met diverse infrastructurele en maatschappelijke tekortkomingen en groeien vaak op in gezinnen met een lage sociaaleconomische status (zie o.a., Koolhof et al., 2007; Neijmeijer, 2020). Bovendien zijn problemen op het gebied van werk en opleiding, schooluitval, werkloosheid en armoede vaak aan de orde. Delictplegers met een LVB zijn in hun jeugd relatief vaak verwaarloosd en/of mishandeld (zie o.a. Boertjes & Lever, 2007; De Vogel & Didden, 2022; Tenneij & Koot, 2006).

Een tweede model dat relevant is voor het begrijpen van agressief gedrag bij de doelgroep van mensen met een LVB is het Risk, Needs en Responsivity model (zie Bonta & Andrews, 2023). Vooral dynamische risicofactoren ('needs') zijn van belang omdat deze veranderbaar zijn door behandeling (Didden & Moonen, 2017). Taylor en Novaco (2005) benoemen cognitieve en emotionele processen, zoals woede, arousal, cognitie en inhibitie (zelfcontrole), als veranderbare risicofactoren. Ook de sociale kennis die iemand heeft (scripts over hoe men zich dient te gedragen in sociale situaties), cognitieve vertekeningen, normen en waarden en de mate waarin iemand agressief gedrag goedkeurt (attitude), zijn factoren waarop kan worden ingegrepen (zie ook Taylor, Novaco, & Brown, 2016). Gedragmatige factoren betreffen het aangeleerde reactiepatroon op een provocatie of dreiging. Hoe de context reageert op agressief gedrag bepaalt de kans dat agressie wordt bestendig of uitdooft (zie Didden, Lindsay e.a., 2016).

Een derde model is het sociaal informatieverwerkingsmodel van Crick en Dodge (1994) en de latere bewerking door Lemerise en Arsenio (2000). In het sociaal informatieverwerkingsmodel (SIV-model) wordt agressief gedrag verklaard aan de hand van de cognitieve stappen waarin sociale gebeurtenissen worden verwerkt en die resulteren in bepaald gedrag. Meer recente studies bij cliënten met een LVB en agressief (delict) gedrag laten zien dat veel cliënten een 'cognitieve bias' hebben en dat het SIV-model agressief gedrag kan verklaren en dat een behandeling gebaseerd op dit model kan leiden tot een reductie van agressief gedrag (zie o.a. Schmidt & Vereenoooghe, 2021; Van Rest et al., 2020). Een studie door Saad en Hassanein (2020) liet zien dat een op het SIV-model gebaseerde interventie leidde tot een reductie van agressief gedrag bij kinderen met een LVB.

Aan te pakken factoren

GoA-A richt zich op het veranderen van dynamische risicofactoren voor agressief gedrag, die

cognitief, emotioneel en gedragsmatig van aard zijn. Het doel van GoA-A is het verminderen en voorkomen van agressief (delict) gedrag en recidive. De programmadoelen van GoA-A zijn geformuleerd op basis van de kennis van dynamische risicofactoren voor agressief (delict) gedrag. Uit de voorgaande paragrafen kunnen de volgende dynamische risicofactoren bij personen met een LVB en agressief gedrag worden afgeleid:

- context: relatief vaak in aanraking komen met gebeurtenissen en situaties die stress oproepen;
- cognitieve processen: problemen met het accuraat interpreteren van andermans bedoelingen;
- cognitieve processen: automatische gedachten en attitudes die agressief gedrag uitlokken;
- cognitieve en emotionele processen: een gebeurtenis als bedreigend of onrechtvaardig ervaren (perceptie), hetgeen samenhangt met een verhoogd arousalniveau;
- cognitieve processen en agressief gedrag: relatief vaak agressieve oplossingen genereren en kiezen;
- cognitieve processen: problemen in het evalueren van de consequenties van mogelijke oplossingen;
- gedrag: beperkte zelfcontrole (impulsiviteit) bij de keuze voor agressief gedrag;
- gedrag: tekorten in sociale vaardigheden.

In onderstaande tabel worden deze aan te pakken factoren en bijbehorende subdoelen kort beschreven.

Aan te pakken factor	Programmadoelen GoA-A
Tekort aan cognitie rondom eigen agressieve probleemgedrag	1. Cliënt kent en erkent zijn eigen agressief gedrag, kan dit benoemen, ziet de ernst van eigen probleemgedrag in, acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en vertoont geen agressief gedrag;
Tekort aan kennis over risicofactoren voor eigen (dreigend) agressief gedrag	2. Cliënt kan de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag benoemen;
Onvoldoende herkennen van signalen van dreigend agressief gedrag en hier passend mee omgaan	3. Cliënt kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag en kan deze benoemen (bij gebruikmaking van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkaart en signaleringsplan) en kan deze verwerken in een G-schema;
De cliënt herkent eigen agressief gedrag onvoldoende, en heeft geen adequate oplossingen om dit te doorbreken	4. Cliënt kan de aanloop tot zijn agressief gedrag in een vroeg stadium herkennen en doorbreken, adequate oplossingen bij conflicten bedenken, geringe stressoren doorstaan, en heeft een verminderde algemene neiging om boos of vijandig te reageren, en kan gedragsalternatieven overwegen;
Onvoldoende alternatieve vaardigheden boven gebruik van agressief gedrag	5. Cliënt geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven agressief gedrag, cliënt houdt rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen;
Onvoldoende sociale en assertieve vaardigheden	6. Cliënt heeft zijn sociale en assertieve vaardigheden verbeterd, hij houdt rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen, stelt zich doorgaans coöperatief op en heeft voldoende coping vaardigheden om geringe stressoren zonder problematische gevolgen te doorstaan.

Verantwoording

Binnen GoA-A wordt gebruik gemaakt van ervaringsleren en vereenvoudigde vormen van Cognitieve Gedragstherapie (CGT), aangepast aan de LVB doelgroep.

Cognitieve gedragstherapie voor agressief gedrag

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is in veel gevallen effectief voor het verminderen van agressief gedrag bij mensen met (en zonder) een LVB (Didden et al., 2020; Graser et al., 2022). Bij CGT wordt getracht emotionele, cognitieve en gedragsmatige factoren die samenhangen met agressie te

veranderen (Heinemann et al., 2016). Centraal voor de toepassing van CGT bij agressief gedrag (anger control; woedebeheersing) is het gegeven dat de emotie 'woede' voortkomt uit de betekenis die de persoon aan een gebeurtenis geeft. CGT in het kader van agressief gedrag grijpt in op de manier waarop personen informatie verwerken in situaties die stress (arousal) oproepen en hoe zij hiermee omgaan (Taylor & Novaco, 2005). Gedragstherapie is gericht op het veranderen van gedrag van cliënten waarbij gedrag wordt veranderd door het manipuleren van uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen. Bij cognitieve therapie ligt de focus meer op (negatief getinte of disfunctionele) gedachten, opvattingen en attitude en wordt getracht deze cognities te veranderen zodat ze meer functioneel worden. Voorts wordt getracht de client vaardigheden aan te leren ter verbetering van de emotieregulatie. Agressief (delict) gedrag kan worden verminderd door uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen weg te nemen en disfunctionele cognities te vervangen door functionele en ongewenst gedrag door adaptief gedrag (zie Didden, Lindsay e.a., 2016; Didden et al., 2020).

De afgelopen twee decennia is het aantal studies naar de effectiviteit van CGT bij mensen met een LVB toegenomen – vooral gericht op agressief (delict) gedrag (zie Browne & Smith, 2018; Dagnan et al., 2018; Didden & Moonen, 2017). Hoewel er nog weinig kennis bestaat over de effecten op de lange termijn en veel studies methodologische tekortkomingen hebben, tonen diverse studies bij niet-verstandelijk beperkte delinquenten aan dat CGT behandelprogramma's gemiddeld genomen effectief zijn in het veranderen van dynamische criminogene factoren (zie bijvoorbeeld Beenakkers, 2000; De Ruiter & Veen, 2004). Het aantal wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van CGT programma's op het verminderen van agressief gedrag bij personen met een LVB is relatief bescheiden en veel studies laten methodologische tekortkomingen zien (zie Didden, Lindsay e.a., 2016; Didden & Moonen, 2017). Sinds 2000 is het aantal gecontroleerde (niet-) gerandomiseerde studies toegenomen (zie o.a. Taylor e.a., 2016; Willner e.a., 2002), waarbij de resultaten erop wijzen dat CGT effectief is in het verminderen van agressief gedrag. Zo liet een gecontroleerd onderzoek onder 65 delinquenten met een LVB niet alleen zien dat CGT effectief is in het verminderen van agressief gedrag maar bleef ook het effect na een follow-up van 12 maanden behouden (Taylor, Novaco, & Johnson, 2009). Een meer recente studie (Taylor, Novaco, & Brown, 2016) liet eveneens zien dat bij 50 patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling de agressie en geweldsincidenten verminderde na CGT die individueel werd gegeven. Ook op de langere termijn bleek het effect behouden. In een meta-analyse van studies bij volwassenen met een LVB werd gevonden dat CGT effectief voor de vermindering van boosheid en agressie (Graser et al., 2022). Een recente Cochrane review (zie Prior et al., 2023) omvatte 15 studies naar het effect van verschillende typen van (cognitief) gedragstherapeutische interventies voor agressief gedrag bij kinderen en volwassenen met een LVB. De meeste studies waren uitgevoerd in de 'community' en bij volwassenen. De analyses lieten zien dat dergelijke interventies gemiddeld genomen leiden tot een vermindering (in ernst) van agressie. De conclusies moeten worden beschouwd in het licht van methodologische tekortkomingen van de geïncludeerde studies. Prior et al. merken op dat er aanwijzingen zijn dat de effecten op agressie iets gunstiger lijken te zijn als CGT wordt gecombineerd met een of meerdere andere interventies. Tenslotte laat een studie van Taylor en Novaco (2023) zien dat CGT kan leiden tot vermindering van agressie bij volwassenen met een LVB die in beveiligde forensische setting verbleven. Daarbij waren er aanwijzingen dat de effecten iets groter waren bij ervaren therapeuten in vergelijking met onervaren therapeuten.

Vaktherapeutische methodieken voor boosheid en agressie

Bij PMT voor agressief gedrag staan het herkennen van emoties en lichamelijke signalen van boosheid en woede centraal. PMT is gericht op het herkennen van emoties en lichamelijke signalen en het leren omgaan (coping) hiermee in een poging om te voorkomen dat de client overgaat tot agressief gedrag. Er zijn zeer weinig studies gedaan naar de werkzame factoren en effectiviteit van PMT en dramatherapie bij mensen met een LVB. Een review naar technieken die binnen PMT veel worden gehanteerd, zoals relaxatie en andere spanningsverminderende technieken, laat zien dat deze gemiddeld genomen effectief zijn in het verminderen van spanning en boosheid; ook ervaringen van cliënten met PMT voor agressie en boosheid zijn positief (zie Bellemans, 2021).

Principes voor interventies bij mensen met een LVB

De opbouw van de modules binnen GoA-A sluit aan bij de opeenvolgende fasen van leren zoals die bijvoorbeeld door Kolb (2015) wordt onderscheiden. Volgens Kolb vindt een leerproces plaats als er vier fasen worden doorlopen: concrete ervaring, observeren en reflecteren op de ervaring, een theorie vormen en experimenteren. De ervaringsgerichte vaktherapeutische module van GoA-ambulant, waarin een grote nadruk ligt op interventies van PMT en dramatherapie, doet een sterk beroep op ervaren leren van cliënten, terwijl andere modules zijn gericht op het toepassen van het geleerde in andere situaties (generaliseren) en op terugvalpreventie.

Bij de ontwikkeling van GoA-A is gebruik gemaakt van handreikingen voor programma's voor delinquentie onder jeugdigen met een LVB (Boertjes & Lever, 2007) en richtlijnen voor mensen met een LVB (o.a. De Wit et al., 2023; Nijman, Didden & Hesper, 2017). Door deze handreikingen als uitgangspunt te nemen wordt eraan bijgedragen dat cliënten van het aangeboden behandelprogramma zoveel mogelijk kunnen profiteren. Deze werkwijze draagt ook bij aan het vergroten van de motivatie voor deelname van cliënten aan het programma. Het betreft onder andere de aandacht voor:

- leren door doen en zien (ervaren);
- het zorgdragen voor succeservaringen;
- aansluiten bij het cognitief en emotioneel niveau van functioneren;
- vereenvoudiging en herhaling van de materie;
- directe methode/benaderingswijze;
- generalisatie naar verschillende contexten.

Bij een behandelprogramma voor cliënten met een forensische achtergrond zijn de What Works of Risk-Need-Responsivity principes (RNR; Bonta & Andrews, 2023) van belang. Voor personen met een LVB is het principe van Responsiviteit extra belangrijk (zie Didden & Moonen, 2017; Lindsay, Craig & Griffith, 2020). Doordat personen met een LVB vooral leren van voorbeelden en oefeningen die voor hen herkenbaar zijn en bij voorkeur voortkomen uit hun eigen situatie is voortdurende afstemming op de individuele cliënten binnen de eigen context essentieel.

Responsiviteit betekent dat de behandeling moet aansluiten bij de persoonlijke leerstijl, emotioneel niveau van functioneren en vaardigheden van de cliënt (zie Nijman et al., 2017).

De intensiteit van GoA-A wordt vergroot door veel aandacht te besteden aan de generalisatie: het leren toepassen in het dagelijks leven ('real life') van wat in een (niet-natuurlijke) behandel situatie is geoefend. Om de kans op generalisatie zo groot mogelijk te maken, wordt de cliënt gemotiveerd om de in de behandeling geleerde vaardigheden in het dagelijks leven te oefenen, in de vorm van huiswerkopdrachten.

4. Onderzoek

Onderzoek naar de uitvoering

A. Segerink, M. (2021). *Een procesevaluatie van de gedragsinterventie Grip op Agressie-ambulant*. Hogeschool Saxion: Deventer.

B. Voor de procesevaluatie Grip op Agressie Ambulant heeft een student aan de Hogeschool Saxion te Deventer begin juni 2021 interviews gehouden met 5 trainers van GoA-A. Deze trainers zijn geïnterviewd over de aanmelding van cliënten, generalisatie naar het dagelijks leven, uitvoering en waardering en ervaring, en succes- en faalfactoren van de trainers. Door middel van de top five methode is er inzicht verkregen in de belangrijkste en meest genoemde resultaten. De resultaten van deze procesevaluatie worden hieronder genoemd. De eventuele noodzakelijke aanpassingen en verbeteringen aan GoA-A komen terug in de bespreking van het volgende onderzoek naar de procesevaluatie (Delforterie & Niehoff, 2024).

C. De volgende deelvragen zijn in de procesevaluatie beantwoord:

1. Hoe verloopt de aanmelding van cliënten?

De aanmelding verloopt via het opzetten van een behandelplan door de behandelaar. Dossierstudie, diagnostiek en hulpvraagverduidelijking zijn hierbij bepalend voor de behandelvorm (dus ook GoA-A) die de cliënt krijgt.

Het is niet nodig om veranderingen door te voeren in de aanmelding. Er werden door de trainers hierin geen knelpunten gevonden. Cliënten met agressieproblematiek werden aangemeld voor GoA-A en konden dit, voornamelijk individueel, volgen bij een beschikbare trainer.

2. Hoe kan GoA-A zo ingezet worden dat het aansluit bij de generalisatie naar het dagelijks leven?

Alle trainers gebruiken dezelfde methodes voor het generaliseren naar het dagelijks leven:

- Netwerk inzetten;
- Kijken naar de context;
- Werken op maat;
- Herhaling;
- Inzetten psychologische interventies (G-model, signaleringsplan, helpende gedachtes, spanningspiramide).

3. Hoe kan de evaluatie van GoA-A beter uitgevoerd worden?

De programma-trainershandleiding van GoA-A doet een suggestie voor het evalueren van GoA-A door middel van voor- en nametingen met negen items uit de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) en de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). De trainers gaven aan te evalueren op de behandeldoelen van de cliënt die zijn beschreven in zijn/haar behandelplan, en niet volgens de DROS en FARE. Van de trainers gaven drie van de vijf aan niet bekend te zijn met deze instrumenten ter evaluatie van GoA-A. Het lijkt er dus op dat het evalueren van de behandelvoortgang met behulp van de DROS en FARE (nog) onbekend is, en dat trainers andere manieren gebruiken om de behandelvoortgang te evalueren. In de opleiding en tijdens de terugkomdagen zal hier extra aandacht aan besteed worden.

4. Hoe is de waardering en ervaring van trainers en regiebehandelaren?

Het werkboek voor de cliënt wordt positief gewaardeerd en door iedere trainer gebruikt. De trainershandleiding werd ook door alle geïnterviewde trainers gebruikt. Drie van de vijf trainers gaven aan de trainershandleiding te hebben gebruikt toen ze begonnen met het geven van GoA-A. Vervolgens is het eigen gemaakt, dus kenden ze de trainershandleiding uit hun hoofd, waardoor het in hun ogen niet meer gebruikt hoefde te worden. De overige twee trainers gaven aan nog steeds de trainershandleiding te gebruiken. Ook gaven trainers aan dat ze op maat werken (met behoud van de GoA-doelen), en bijvoorbeeld de gebeurtenissen van de cliënt gebruiken om de theorie uit GoA-A daaraan te koppelen. Daarnaast worden andere technieken ingezet, zoals technieken uit de motiverende gespreksvoering, en worden schema's van GoA-A die zijn ingevuld vaker herhaald dan beschreven in het werkboek. Zodoende beklifd de inhoud beter bij de deelnemers.

De meeste trainers gaven aan dat GoA-A doet wat het zegt. Alle trainers gaven aan dat dit afhankelijk is van de cliënt. Cliënten herkennen na het volgen van GoA-A hun agressieve gedrag beter en hebben meer inzicht in hun eigen handelen. Herhaling is daarbij belangrijk. Sommige trainers ervaren dat een gedragsverandering niet altijd direct zichtbaar is, maar dat het langer duurt voordat de nieuw aangeleerde vaardigheden en nieuwe copingvaardigheden worden toegepast. Vooral binnen situaties waarbij sprake is van een hoog arousal of hoog niveau van ervaren spanning (stress) moet er door de

deelnemer extra inspanning worden geleverd om te voorkomen dat de deelnemer terugvalt in de oude coping strategie (namelijk agressie). Cliënten herkennen volgens de trainers na het volgen van GoA-A hun eigen gedrag beter en kunnen daardoor nu adequaat omgaan met verhoogde spanning, die voorheen vaak leidde naar agressie.

5. Wat zijn succes- en faalfactoren?

Er worden door de trainers verschillende succesfactoren aangegeven:

- Visualisatie (filmpjes en plaatjes)
- Wat er moet gebeuren wordt duidelijk uitgewerkt in het werkboek en programma-trainershandleiding
- De interventie is volledig
- Tips die worden gegeven
- Toepassen van modellen en schema's

Er worden ook een aantal faalfactoren aangegeven door de trainers:

- Opdrachten te groepsgericht
- Te veel informatie in het werkboek voor cliënten
- Te theoretisch. Het mag praktischer, met meer doe-opdrachten voor de cliënt
- Te weinig overleg tussen trainers
- Gebrek aan scholing

A. Delforterie, M. & Niehoff, H. (2024). *Procesevaluatie Grip op Agressie Ambulant*. Zwolle: Trajectum

B. In deze procesevaluatie zijn er ter aanvulling op Segerink (2021) vijf extra trainers binnen Trajectum geïnterviewd over GoA-A, waarmee het totale aantal geïnterviewde trainers op 10 uitkwam. Aanvullend hebben 12 trainers vragen beantwoord over het bereiken van de doelgroep. Verder is buiten Trajectum een enquête uitgezet. Hierbij werden vragen gesteld over of GoA-A wordt uitgevoerd zoals het is opgesteld, hoe trainers buiten Trajectum GoA-A waarderen en wat zij succes- en faalfactoren vinden. Deze enquête is door vijf trainers buiten Trajectum ingevuld. De informatie die tijdens de jaarlijkse terugkomdag is verzameld is ook in deze procesevaluatie verwerkt. Hierbij waren 14 trainers aanwezig die GoA-A geven. Ten slotte is de informatie verwerkt van negen cliënten die een vragenlijst over hun ervaring met GoA-A hebben ingevuld.

C. Over het algemeen zijn trainers van GoA-A tevreden over de interventie. GoA-A is praktisch en overzichtelijk voor de cliënt en het sluit goed aan. Ze vonden dat de illustraties en filmpjes de cliënten goed helpen om om te gaan met hun agressieproblematiek. Een aantal trainers gaf aan dat verwijzingen naar de filmpjes in de programmatrainershandleiding niet overal kloppen, wat de uitvoering lastig maakt. Daarnaast hadden trainers niet altijd de beschikking over internet als ze bij de cliënt in de thuissituatie op bezoek gaan. Het offline beschikbaar stellen van de filmpjes zou daarvoor helpen om de interventie volledig uit te kunnen voeren.

Ook de deelnemers gaven aan tevreden te zijn over GoA-A. Ze vinden dat GoA-A hen helpt bij het omgaan met hun boosheid en helpt om problemen te voorkomen. Met name het 5G schema (Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel, Gedrag, Gevolg) wordt in het dagelijks leven toegepast.

De beoogde doelgroep van GoA-A, te weten cliënten met een LVB en agressieproblematiek, werd volgens de trainers bereikt. Deelnemers aan GoA-A voldeden, volgens inschatting van de trainers, aan de inclusiecriteria van de interventie. Er wordt door een paar trainers nog een extra (tijdelijk) exclusie criterium aangehouden, namelijk acute verslavingsproblematiek, omdat dan cliënten onvoldoende van de therapie kunnen profiteren. Dit is tijdelijk, omdat wanneer de cliënt niet meer onder invloed is, deze weer kan deelnemen aan de module.

Twaalf geïnterviewde trainers hadden samen 130 cliënten behandeld met GoA-A. Trainers met minder dan 10 cliënten gaven aan dat twee van hun cliënten voortijdig waren gestopt. Trainers met 10-20 cliënten gaven aan dat 2-5 cliënten voortijdig waren gestopt en trainers met 25 cliënten gaven aan dat 8-12 cliënten voortijdig waren gestopt. Het lijkt er dus op dat meer ervaren trainers minder uitval van cliënten hebben dan minder ervaren trainers. Aanvullend is het door uitval mogelijk dat er gestart wordt met een groep en door uitval van medecliënten de cliënt individueel door moet gaan met GoA-A. Dit heeft verder geen invloed op de kwaliteit van de behandeling, aangezien de behandeldoelen ook individueel kunnen worden behaald. Redenen voor het voortijdige stoppen waren bijvoorbeeld cliëntgerelateerd, zoals gebrek aan motivatie, of programma-gerelateerd, zoals duur van het programma en de moeilijkheidsgraad van bijvoorbeeld de 5G's. Dit laatste hebben we in de recente versie van GoA-A opgevangen door passende filmpjes en tekeningen toe te voegen om nog beter te kunnen differentiëren op de verschillende cognitieve niveaus binnen de LVB.

Aan de terugkomdag namen met name de minder ervaren trainers deel: De 14 trainers hadden samen GoA-A aan 80 cliënten gegeven. Mogelijk zien met name de minder ervaren trainers het nut van een terugkomdag of extra scholing in, terwijl meer ervaren trainers vinden goed genoeg in de materie te zitten. Om ook de input van de overige trainers te krijgen, worden trainers die niet bij de terugkomdag aanwezig zijn geweest gevraagd om online een enquête in te vullen. De input van aanwezige en niet-aanwezige trainers wordt verwerkt in een verslag die naar alle trainers gestuurd wordt, zodat minder ervaren trainers van ervaren trainers kunnen leren en ervaren trainers oplossingen kunnen lezen voor knelpunten die zij mogelijk ook ervaren, waardoor de kwaliteit van GoA-A hoog blijft.

Trainers gaven aan dat zij oefeningen goed uitleggen, het leerproces controleren, timing en snelheid conform de handleiding is, en dat ze aandacht hebben voor de opdrachten. Tijdens de terugkomdag gaven trainers aan aanpassingen te doen aan de uitvoering. Om de kwaliteit van GoA-A te waarborgen is besproken hoe aanpassingen gedaan kunnen worden zonder daarin afbreuk aan de kwaliteit van de interventie te doen. Sommige trainers gebruiken bijvoorbeeld andere oefeningen dan beschreven in de programmatrainershandleiding, maar houden daarbij altijd rekening met het doel van de oorspronkelijke opdracht.

Succes- en faalfactoren van GoA-A

Naar aanleiding van de input van de trainers en deelnemers van GoA-A zijn succes- en faalfactoren geformuleerd, welke hieronder worden opgesomd.

Succesfactoren

- Elementen GoA-A
Volgens trainers en cliënten zijn de verschillende elementen van GoA-A, zoals de vijf G's en vijf B's, spanningmeter en kruispunt, succesfactoren.
- Visualisaties in de vorm van filmpjes en illustraties
De visualisaties in GoA-A zijn volgens de trainers helpend voor de cliënt.

Faalfactoren

- Niveau
Volgens een aantal trainers en cliënten kan GoA-A soms te moeilijk zijn en met name geschikt voor cliënten met een wat hoger niveau. Aanpassingen zijn nodig voor cliënten met een lager niveau, bijvoorbeeld door meer te herhalen en situaties uit het dagelijks leven (meer) in te zetten. Dit zal ook in de scholing terugkomen (zie ook Verbeteringen en aanpassingen GoA-A).
- Beschikbaarheid van materiaal
Binnen de ambulante sector wordt GoA-A ook bij deelnemers thuis ingezet. Hiervoor is niet altijd internet beschikbaar om de filmpjes af te spelen. De mogelijkheid om de filmpjes te downloaden zou dit op kunnen lossen (zie ook Verbeteringen en aanpassingen GoA-A).
- Verwachtingen rondom GoA-A
Positieve of negatieve verwachtingen van deelnemers rondom GoA-A kunnen de effectiviteit van de interventie in de weg staan. Te positieve verwachtingen van de cliënt ten aanzien van het resultaat kan voor teleurstelling zorgen. GoA-A lost het agressieprobleem niet direct op, maar het geeft een manier om er meer grip op te krijgen. Om het agressieprobleem op te lossen, moet de cliënt nog hard werken en dat kan bij te positieve verwachtingen tegenvallen voor de cliënt. Negatieve verwachtingen kunnen ontstaan wanneer het volledige werkboek van GoA-A aan de cliënt wordt gepresenteerd. Dit kan leiden tot voortijdig stoppen met de interventie, omdat cliënten schrikken van de hoeveelheid informatie. Om dit te voorkomen is het beter om het werkboek per sessie te presenteren.

Verbeteringen en aanpassingen GoA-A

Op basis van de input van de trainers en cliënten zijn er een aantal punten waarop GoA-A door ontwikkelaars en opleiders aangepast is of zal worden:

- Filmpjes
Ontwikkelaars zullen een controle doen in het werkboek voor cliënten en de programmatrainershandleiding op de links naar de filmpjes, zodat deze gemakkelijk getoond kunnen worden bij de juiste bijeenkomst. Daarnaast zullen de ontwikkelaars kijken of er een mogelijkheid is om de filmpjes te downloaden om deze ook offline te kunnen laten zien.

- Niveau
Er zal worden gekeken naar aanpassingen of alternatieven voor cliënten met een lager niveau, waarvoor sommige onderdelen te moeilijk zijn. Gedacht wordt aan
- Opdrachten
De opdrachten beschreven in het werkboek voor cliënten en de programma-trainershandleiding zijn naar aanleiding van feedback van trainers zo aangepast dat deze in een groep of individueel gegeven kunnen worden. Ook is er rekening gehouden met de ambulante doelgroep, omdat cliënten die ambulant in zorg zijn elkaar minder goed kennen dan cliënten die klinisch in zorg zijn. Daardoor is fysiek samenkomen minder gepast in de ambulante versie van GoA dan in de klinische versie.
- Scholing
De ontwikkelaars en opleiders zullen verschillende aanpassingen maken ten aanzien van de huidige scholing:
 - o Er wordt in de scholing nadrukkelijk stil gestaan bij de programma-integriteit en -responsiviteit. Mogelijke alternatieven voor oefeningen en voorbeelden die passen bij de leefwereld en het niveau van de deelnemers zullen worden gedeeld, daarbij rekening houdend met de programma-integriteit. Ook zal er extra aandacht komen voor contextuele uitdagingen, zoals een kortere behandeltime door bijvoorbeeld overplaatsing van de deelnemer. Ingegaan wordt op hoe de trainer GoA-A kan blijven uitvoeren met deze uitdagingen met daarbij behoud van de programma-integriteit.
 - o Ontwikkelaars en opleiders van GoA (zowel klinisch als ambulant) organiseren jaarlijks een terugkomdag om knelpunten in de uitvoering van GoA-A te bespreken. Tijdens deze terugkomdag wordt een enquête uitgezet om de uitvoering van GoA-A, het bereik van deelnemers en ervaring van trainers uit te vragen. Trainers die niet bij de terugkomdag aanwezig kunnen zijn, worden later gevraagd de enquête in te vullen. Input zal worden verwerkt in een verslag met daarin de knelpunten in de uitvoering en oplossingen hiervoor. Dit verslag wordt naar trainers gestuurd om hen te informeren en de kwaliteit van GoA-A te waarborgen.
 - o Op de website van Trajectum zal de nadruk worden gelegd op de mogelijkheid dat Trajectum op verzoek trainingen kan verzorgen.

5. Samenvatting Werkzame elementen

De werkzame elementen van GoA-A die bepalend zijn voor het behalen van de doelen bij de LVB doelgroep zijn:

- Uitgangspunten voor forensische zorg (RNR-principes)
- Cognitieve gedragstherapie
- Vaktherapie
- Richtlijnen effectieve interventies LVB
 - o leren door doen en zien (ervaren);
 - o het zorgdragen voor succeservaringen;
 - o aansluiten bij het cognitief en emotioneel niveau van functioneren;
 - o vereenvoudiging van de geboden materie;
 - o herhaling van de geboden materie;
 - o directieve methode/benaderingswijze;
 - o generalisatie naar context.

De effectiviteit van GoA-A wordt vergroot door veel aandacht te besteden aan de generalisatie: het leren toepassen in het dagelijks leven van wat in een trainingssituatie is geoefend. Generalisatie van de binnen GoA-A geleerde vaardigheden wordt nagestreefd in de context waar de cliënt verblijft of woont. Hiertoe wordt gewerkt met huiswerkopdrachten die door de cliënt, (bij voorkeur) in samenwerking met de steunfiguur, in de thuissituatie gemaakt en geoefend worden. Binnen de thuissituatie worden de nieuwe GoA-vaardigheden geoefend en dus herhaald. Dit gehele proces van vaardigheden aanleren, uitvoeren en herhalen resulteert in verminderen van agressief gedrag in de context waar de client verblijft. Zo kan bij de doelgroep generalisatie van de geleerde vaardigheden naar de leefomgeving stapsgewijs worden bereikt.

Behalve dat via de thuissituatie en de trainers generalisatie wordt bevorderd, zijn de GoA-bijeenkomsten ook zodanig vormgegeven dat generalisatie voor cliënten eenvoudig(er) wordt. Diverse reviews wijzen uit dat het gebruik van praktische voorbeelden en rollenspellen de effectiviteit van CGT vergroot (zie Didden e.a., 2020). Binnen GoA-A gaat het daarbij om het gebruik van voorbeelden/rollenspellen die aansluiten bij de dagelijkse leefsituatie en belevingswereld van de deelnemers, met als gevolg dat nieuwe vaardigheden worden aangeleerd, gegeneraliseerd en behouden blijven.

De gebruikte technieken binnen GoA-A sluiten aan bij de leerstijl van de specifieke doelgroep door met name: leren door ervaren, aansluiten bij het (cognitieve) ontwikkelingsniveau. Ervaringsgerichte technieken vanuit het vaktherapeutische aanbod van PMT en Drama therapie hebben hierdoor een prominente plaats binnen de start en gedurende het aanbod van GoA-A.

Voor meer informatie zie de programmahandleiding van GoA-A (Niehoff et al., 2019b).

6. Aangehaalde literatuur

- Beenackers, E. (2000). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetskader: een literatuuronderzoek*. Den Haag: WODC.
- Bellemans, T. (2021). *Psychomotor therapy for clients with mild intellectual disability and aggressive behavior*. PhD thesis, Radboud University, Nijmegen.
- Boertjes, M., & Lever, M. (2007). *LVG en Jeugdcriminaliteit*. Diemen: Expertisecentrum Jeugdzorg-Gehandicaptenzorg William Schrikker.
- Bonta, J., & Andrews, D. (2023). *The psychology of criminal conduct (7th ed)*. London: Routledge.
- Browne, C., & Smith, I. (2018). Psychological interventions for anger and aggression in people with intellectual disabilities in forensic service. *Aggression and Violent Behavior, 39*, 1-14.
- Cooper, S., Smiley, E., Jackson, A., Finlayson, J., Allan, L., Mantry, D., & Morrison, J. (2009). Adults with intellectual disabilities: Prevalence, incidence and remission of aggressive behaviour and related factors. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 217-232.
- Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115*, 74-101.
- Crocker, A., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. (2006). Prevalence and types of aggressive behavior in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 652-661.
- Dagnan, D., Jackson, I., & Eastlake, L. (2018). A systematic review of cognitive behavioural therapy for anxiety in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 62*, 974-991.
- De Loeff, P. & Van Belzen, J. (2018). *Resultaten pilot subjectieve en objectieve stress na stressverhogende oefeningen: verschil tussen GoA-groep en controlegroep*. Niet gepubliceerd pilotonderzoek.
- De Ruiter, C., & Veen, V. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- De Vogel, V., & Didden, R. (2022). Victimization history in female forensic psychiatric patients with intellectual disabilities: Results from a Dutch multicenter comparative study. *Research in Developmental Disabilities, 122*, 104179.
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2023). *Richtlijn Effectieve Interventies (herziene versie)*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Delforterie, M. & Niehoff, H. (2024). *Procesevaluatie GoA ambulante (2024)*. Zwolle: Trajectum.
- Didden, R., & Moonen, X. (2017). Gedragsinterventies. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtelijke keten* (pp. 227-239). Den Haag: Boom criminologie.
- Didden, R., Lindsay, W., Lang, R., Sigafos, J., Deb, S., Wiersma, J., Peters-Scheffer, N., Marschik, P., O'Reilly, M., & Lancioni, G. (2016). Aggression. In: N. Singh (Ed.), *Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with intellectual disabilities* (pp. 727-750). New York: Springer.
- Didden, R., Nijman, H., Delforterie, M., & Keulen-De Vos, M. (2020). Treatment of anger and violence of individuals with intellectual disabilities. In W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for individuals with intellectual and developmental disabilities: Theory, research and practice* (pp. 297-309). London: Wiley.
- Drieschner, K. H., & Hesper, B. L., & Delforterie, M. J. (2019). *Dynamic Risk Outcome Scales 2.0*. Zwolle: Trajectum.
- Graser, J., Goeken, J., Lyons, N., Ostermann, T., & Michalak, J. (2022). Cognitive-behavioral therapy for adults with intellectual disabilities: A meta-analysis. *Clinical Psychology – Science and Practice, 29*, 227-242.
- Heinemann, A., Neumann, C., van der Waa, A., & Kok, L. (2016). Cognitieve gedragstherapie. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 397 – 407). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kaal, H., Smits, D., & Vrij, P. (2017). Licht verstandelijke beperking en crimineel gedrag: samenhang en prevalentie. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (red.), *Beperkt in de keten* (pp. 51-64). Boom criminologie.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development (2nd ed)*. Prentice Hall.
- Koolhof, R., Loeber, R., & Collot d'Escury, A. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor een LVG- jongere niet genoeg? Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen? *Onderzoek & Praktijk, 5*, 15-20.
- Lemerise, E., & Arsenio, W. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development, 71*, 107-118.
- Lindsay, W., Craig, L., & Griffith, D. (Eds.) (2020). *What works for offenders with intellectual and developmental disabilities*. London: Wiley.

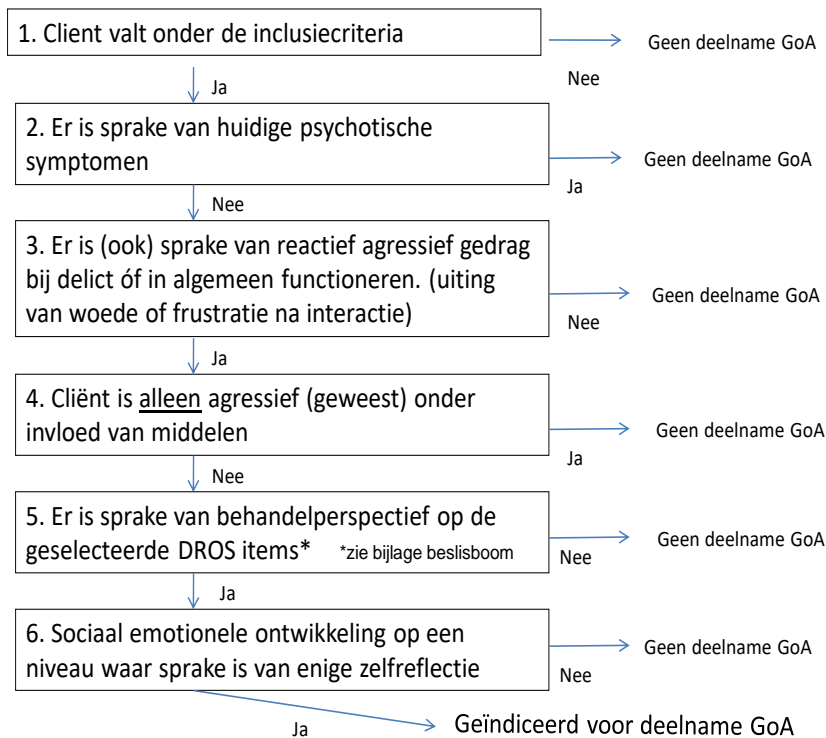
- Niehoff, H., Didden, R., Valenkamp, M., & Rutten, E. (2019a). *Ambulant werkboek Grip op Agressie*. Zwolle: Trajectum
- Niehoff, H., Didden, R., Valenkamp, M., & Rutten, E. (2019b). *Programma- trainershandleiding Grip op Agressie Ambulant*. Zwolle: Trajectum.
- Neijmeijer, L. (2020). *(Flexible) assertive community treatment for people with mild or borderline intellectual disability and mental health problems*. PhD thesis, Radboud University.
- Nijman, H., Didden, R., & Hesper, B. (2017). *Richtlijn risicomangement LVB*. Utrecht: KFZ.
- Prior, D., Win, S., Hassiotis, A., Hall, I., Martiello, M., & Ali, A. (2023). *Behavioural and cognitive behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities*. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2.
- Richards, D., Oswald, T., & Fedoroff, J. (2020). Biopsychosocial assessment approach for offenders with intellectual disabilities. In: W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for offenders with intellectual and developmental disabilities* (pp. 219-237). London: Wiley.
- Saad, M., & Hassanein, H. (2020). The effect of social information processing (SIP) model intervention on reducing challenging behavior in children with mild to borderline intellectual functioning. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 18, 327-344.
- Schmidt, N., & Vereenoghe, L. (2021). Interpersonal cognitive biases in children and young people with neurodevelopmental disorders: A systematic review. *Current Developmental Disorders Reports*, 8, 219-235.
- Schwiening, L. (2017). *De effectiviteit van Grip op Agressie op agressief gedrag en dynamische risicofactoren voor gewelddadig gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking*. Masterscriptie, Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Segerink, M. (2021). *Een procesevaluatie van de gedragsinterventie Grip op Agressie-ambulant*. Hogeschool Saxion: Deventer.
- Taylor, J., & Novaco, R. (2023). Cognitive behavioural anger treatment for adults with intellectual disabilities: Effects of therapist experience on outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51, 533-542.
- Taylor, J., & Lindsay, W. (2010). Understanding and treating offenders with learning disabilities: a review of recent developments. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1, 5-16.
- Taylor, J., & Novaco, R. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disabilities Research*, 60, 126-133.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T., Robertson, A., & Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 367 – 382.
- Taylor, J., Novaco, R., & Johnson, L. (2009). Effects of intellectual functioning on anger treatment for adults with learning disabilities in secure settings. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 3, 51-56.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek*. Den Dolder: De Borg.
- Van de Vegte, M. (2021). *De effectiviteit van Grip op Agressie op dynamische risicofactoren van agressief gedrag bij volwassenen met een licht verstandelijke beperking*. Masterscriptie, Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Van den Akker, N., Kroezen, M., Wieland, J., Pasma, A., & Wolkorte, R. (2021). Behavioural, psychiatric, and psychosocial factors associated with aggressive behaviours in adults with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34, 327-389.
- Van Der Nagel, J., Van Duijvenbode, N., & Didden, R. (2020). Assessment of alcohol use disorder and alcohol-related offending behaviour. In: W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for offenders with intellectual and developmental disabilities* (pp. 181-191). London: Wiley.
- Van Rest, M., Van Nieuwenhuizen, M., Kupersmidt, J., Vriens, A., Schuengel, C., & Matthys, W. (2020). Accidental and ambiguous situations reveal specific social information processing biases and deficits in adolescents with low intellectual level and clinical levels of externalizing behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 1411-1424.
- Verbruggen, J., Blokland, A. & Geest, V.R. van der (2011). Werk, werkduur en criminaliteit. Effecten van werk en werkduur op criminaliteit in een hoogrisicogroep mannen en vrouwen van 18 tot 32 jaar. *Tijdschrift voor Criminologie*, 53, 116-139.
- Willner, P., Jones, J., Tams, R., & Green, G. (2002). A randomised controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 224-235.
- Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B. S., Felce, D., Cohen, D., ... Hood, K. (2013). Group-based

cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities:
Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 203, 288-296.

Bijlage 1

De in de paragraaf Selectie van doelgroepen beschreven in- en exclusiecriteria zijn verwerkt in een beslisboom. Deze dient als ondersteuning voor de behandelaars om te besluiten of een cliënt al dan niet gaat deelnemen aan GoA-A. Aan het eind van de observatie- en diagnostiekfase wordt aan de hand van onderstaande beslisboom door de gedragsdeskundige (voorzitter MDT) bepaald of een cliënt in aanmerking komt voor GoA-A.

Beslisboom screening behandelprogramma Grip op Agressie



De zelfreflectie kan in beeld gebracht worden door het gebruiken van de SEO-R (schaal emotionele ontwikkeling), waarbij minimaal fase 4 (1^e identificatiefase) moet zijn behaald.

Bijlage beslisboom

Geselecteerde DROS items:

- 1.1 Verantwoordelijkheid nemen
- 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag
- 5.1 Attitude tegenover fysiek geweld
- 5.2 Egocentrisme
- 6.1 Coping met conflicten
- 6.3 Coping met overige stressoren
- 7.1 Vijandige waarneming en houding
- 9.1 Ondoordachtheid
- 12.2 Samenwerkingsvaardigheden

Bijlage 2

Programmadoelen van GoA-A in samenhang met de DROS 2.0

<p>Subdoelen GoA-A en agressiegerelateerde items in samenhang met een ROM meetinstrument per programmadoel GoA-A.</p>
<p>1. Subdoel: Cliënt kent en erkent na afronding van het behandelprogramma GoA-A zijn eigen agressief gedrag, kan dit benoemen, ziet de ernst van eigen probleemgedrag in, acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en vertoont geen risicovol agressief gedrag;</p>
<p>Meting DROS 2.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Verantwoordelijkheid nemen (score 1 Ontkent dat er sprake was/is van onaanvaardbaar gedrag, of legt de verantwoordelijkheid voor het gedrag geheel buiten zichzelf. Deze houding lijkt weinig beïnvloedbaar – score 5 Ziet de ernst van het eigen probleemgedrag in. Acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en voor het voorkómen ervan in de toekomst. Dit besef is gevestigd en niet afhankelijk van ondersteuning.)
<p>2. Subdoel: Cliënt kan na afronding van het behandelprogramma GoA-A de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag benoemen en scoort als zodanig op de items uit de ROM instrumenten (erkennen van het eigen risico op probleemgedrag, herkent de signalen voor dreigende terugval en weet in dat geval wat te doen);</p>
<p>Meting DROS 2.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag (score 1 Bagatelliseert sterk het risico op probleemgedrag. Heeft hooguit een vaag besef van risicofactoren. Weet niet wat te doen of laten om problemen te voorkomen. – score 5 Erkent het risico op probleemgedrag. Kent de eigen risicofactoren en -situaties. Herkent signalen voor dreigende terugval, weet in dat geval wat te doen.) 1.3 Acceptatie van eigen beperkingen (score 1 Ontkent eigen beperkingen, afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Heeft hierdoor moeilijk corrigeerbare, onrealistische en potentieel gevaarlijke verwachtingen, ideeën en plannen. – score 5 Heeft een grotendeels realistisch besef van eigen beperkingen en de resulterende afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Wordt hierdoor doorgaans behoed voor onrealistische verwachtingen, ideeën en plannen.)
<p>3. Subdoel: De cliënt kent na afronding van het behandelprogramma GoA-A de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag en kan deze benoemen (bij gebruikmaking van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkaart en signaleringsplan) en kan deze verwerken in een G-schema;</p>
<p>Meting DROS 2.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag (score 1 Bagatelliseert sterk het risico op probleemgedrag. Heeft hooguit een vaag besef van risicofactoren. Weet niet wat te doen of laten om problemen te voorkomen. – score 5 Erkent het risico op probleemgedrag. Kent de eigen risicofactoren en -situaties. Herkent signalen voor dreigende terugval, weet in dat geval wat te doen.)
<p>4. Subdoel: De cliënt kan na afronding van het behandelprogramma GoA-A de aanloop tot zijn agressief gedrag in een vroeg stadium herkennen en doorbreken, adequate oplossingen bij conflicten bedenken, geringe stressoren doorstaan, en heeft een verminderde algemene neiging om boos of vijandig te reageren, en kan gedragsalternatieven overwegen, wat blijkt uit de score op deze DROS items;</p>
<p>Meting DROS 2.0:</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Coping met conflicten (score 1 Beschikt al bij geringe conflicten alleen over inadequate handelingsalternatieven waardoor de situatie verergerd. Om dit te voorkomen is regelmatig ongevraagd ingrijpen van derden nodig. – score 5 Is bij de meeste conflicten zonder ongevraagd ingrijpen van derden in staat verergering van de situatie te voorkómen. Probeert doorgaans adequaat tot een oplossing van het conflict te komen (bijv. hulp vragen, uitpraten).

- 6.3 Coping met overige stressoren
(score 1 Copingvaardigheden schieten al bij geringe stressoren en ondanks ondersteuning tekort. Dit heeft regelmatig problematische gevolgen. – score 5 Voldoende copingvaardigheden om zelfstandig geringe stressoren en met ondersteuning ook grote stressoren doorgaans zonder problematische gevolgen te doorstaan.)
- 7.1 Vijandige waarneming en houding
(score 1 Schrijft vaak ten onrechte vijandige intenties aan anderen toe. Deze misinterpretatie is nauwelijks corrigeerbaar en leidt tot een (continue) neiging om vijandig te reageren. – score 5 Schrijft hooguit incidenteel ten onrechte onvriendelijke intenties aan anderen toe. Geen algemene neiging om boos of vijandig te reageren.)
- 9.1 Ondoordachtheid
(score 1 Handelt vaak zonder na te denken uit een opwelling of in reactie op externe triggers en verlokkingen. Laat zich ook door afzienbare ernstige consequenties niet weerhouden om impulsen onmiddellijk te volgen. – score 5 Overweegt doorgaans mogelijke consequenties en houdt rekening met de context alvorens over te gaan tot gedrag. Neemt bij twijfels het zekere voor het onzekere, of heeft geen (sterke) impulsen voor problematisch gedrag.)

5. Subdoel: De cliënt geeft na afronding van het behandelprogramma GoA-A de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag wat blijkt uit zijn scores op de DROS items dat gebruik van geweld tot spijt of innerlijk conflict zou leiden en dat de cliënt doorgaans rekening houdt met belangen, gevoelens en rechten van anderen;

Meting DROS 2.0:

- 5.1 Attitude tegenover fysiek geweld
(score 1 Ziet geweld in veel situaties als legitiem, enige of beste optie. Ziet vooral positieve uitkomsten van geweld en wuift argumenten tegen geweld weg. Zelfbeeld wordt mede bepaald door affiniteit met geweld. – score 5 Staat eenduidig negatief tegenover het gebruik van geweld. Deze houding is tamelijk gevestigd. Gebruik van geweld zou tot spijt of innerlijk conflict leiden.)
- 5.2 Egocentrisme
(score 1 Ziet uitsluitend de eigen belangen, gevoelens, wensen en rechten of stelt deze boven alles en acht zich in het recht om die van anderen te minachten. – score 5 Houdt doorgaans rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen.)

6. Subdoel: De cliënt heeft na afronding van het behandelprogramma GoA-A zijn sociale en assertieve vaardigheden verbeterd wat blijkt uit de score van de DROS waaruit blijkt dat hij rekening kan houden met belangen, gevoelens, rechten van anderen, in samenwerking zich doorgaans coöperatief opstelt en voldoende coping vaardigheden heeft ontwikkeld om geringe stressoren zonder problematische gevolgen te doorstaan.

Meting DROS 2.0:

- 5.2 Egocentrisme
(score 1 Ziet uitsluitend de eigen belangen, gevoelens, wensen en rechten of stelt deze boven alles en acht zich in het recht om die van anderen te minachten. – score 5 Houdt doorgaans rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen.)
- 6.3 Coping met overige stressoren
(score 1 Copingvaardigheden schieten al bij geringe stressoren en ondanks ondersteuning tekort. Dit heeft regelmatig problematische gevolgen. – score 5 Voldoende copingvaardigheden om zelfstandig geringe stressoren en met ondersteuning ook grote stressoren doorgaans zonder problematische gevolgen te doorstaan.)
- 12.2 Samenwerkingsvaardigheden
(score 1 Volgt eigen plan en voegt zich niet in een rol in het geheel. Hierdoor ontstaan gauw irritaties en conflicten. Laat zich niet sturen door leidinggevende. Reageert op elke vorm van autoritair gedrag met verzet. – score 5 Gedraagt zich in samenwerking meestal coöperatief en in belang van het geheel. Laat zich sturen door leidinggevende waarbij ook een autoritaire houding niet tot grotere problemen leidt.)

Bijlage 3

Implementatiemonitor

1 Criterium bekendheid/PR/kartrekker	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A Het behandelprogramma GoA-A staat voor medewerkers beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.	Het behandelprogramma GoA-A staat voor medewerkers niet beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.		Het behandelprogramma GoA-A wordt voor medewerkers momenteel beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.		Het behandelprogramma GoA-A staat voor medewerkers beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.
B Het behandelprogramma GoA-A staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.	Het behandelprogramma GoA-A staat niet beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.		Het behandelprogramma GoA-A wordt momenteel beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.		Het behandelprogramma GoA-A staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.
C Het behandelprogramma GoA-A staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)	Het behandelprogramma GoA-A staat niet beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)		Het behandelprogramma GoA-A wordt momenteel beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)		Het behandelprogramma GoA-A staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)
D Er is een coördinator die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA-A organiseert en bewaakt	Er is een coördinator die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA-A organiseert en bewaakt		Er wordt momenteel een coördinator gezocht die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA-A organiseert en bewaakt		Er is een coördinator die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA-A organiseert en bewaakt

2 Criterium beschikbaarheid materialen	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De Programmahandleiding en het werkboek voor cliënten zijn te vinden op intranet. Cliënten ontvangen werkboekenboeken.	De Programmahandleiding en het werkboek voor cliënten zijn niet te vinden op intranet. Cliënten ontvangen geen werkboekenboeken.		De Programmahandleiding of het werkboek voor cliënten zijn niet te vinden op intranet. Cliënten ontvangen geen werkboekenboeken.		De Programmahandleiding en het werkboek voor cliënten zijn te vinden op intranet. Cliënten ontvangen werkboekenboeken.
B De filmpjes voor cliënten zijn te vinden met een link op intranet, of op USB/DVD.	De filmpjes voor cliënten zijn niet te vinden met een link op intranet, of op USB/DVD.		Er wordt momenteel aan gewerkt dat de filmpjes voor cliënten te vinden zijn met een link op intranet, of op USB/DVD.		De filmpjes voor cliënten zijn te vinden met een link op intranet, of op USB/DVD.
C Trainers beschikken over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer).	Trainers beschikken niet over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer).		Er wordt momenteel gewerkt om te zorgen dat trainers beschikken over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer)		Trainers beschikken over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer)
D Er zijn ruimtes en (optioneel) digitale apparaten beschikbaar	Er zijn geen ruimtes en (optioneel) digitale apparaten beschikbaar		Er zijn of geen ruimtes of geen (optioneel) digitale apparaten beschikbaar		Er zijn ruimtes en (optioneel) digitale apparaten beschikbaar
E certificaten voor cliënten bij positief afsluiten van de modules	Cliënten krijgen geen certificaat bij het positief afsluiten van de modules	1-25% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules	26-50% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules	51-75% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules	76-100% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules

3 Criterium indicatie en verwijfsroutes	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De (regie)behandelaren hanteren de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden	De (regie)behandelaren hanteren niet de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden	De (regie)behandelaren hanteren een van de drie genoemde zaken: de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden	De (regie)behandelaren hanteren twee van de drie genoemde zaken: de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden		De (regie)behandelaren hanteren alledrie genoemde zaken: de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden
B De (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	De (regie)behandelaren hanteren niet de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	1-25% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	26-50% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	51-75% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	76-100% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod
C De toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	De toekomstige deelnemer krijgt geen informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	1-25% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	26-50% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	51-75% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	76-100% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers
D De (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	De (regie)behandelaren gebruiken niet de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	1-25% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	26-50% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	51-75% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	76-100% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)

4 Criterium scholingsfaciliteiten	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	De trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden niet gehanteerd zoals beschreven	In 1-25% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	In 26-50% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	In 51-75% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	In 76-100% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven
B De train-de-trainers beschikken over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	De train-de-trainers beschikken niet over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	1-25% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	26-50% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	51-75% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	76-100% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie

5 Criterium geschoolde trainers	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A Het is duidelijk hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)	Het is niet duidelijk hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)		Momenteel wordt duidelijkheid verkregen hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)		Het is duidelijk hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)
B Er zijn voldoende trainers geschoold	Er zijn geen trainers geschoold	1-25% van de benodigde trainers is geschoold	26-50% van de benodigde trainers is geschoold	51-75% van de benodigde trainers is geschoold	76-100% van de benodigde trainers is geschoold
C De trainers hebben tijd en ruimte om GoA-A op vraag uit te voeren en te organiseren	De trainers hebben geen tijd en ruimte om GoA-A op vraag uit te voeren en te organiseren	In 1-25% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA-A op vraag uit te voeren en te organiseren	In 26-50% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA-A op vraag uit te voeren en te organiseren	In 51-75% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA-A op vraag uit te voeren en te organiseren	In 76-100% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA-A op vraag uit te voeren en te organiseren

6	Criterium uitvoering	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
	A De trainers voeren GoA-A programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	De trainers voeren GoA-A programma niet uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	1-25% van de trainers voert GoA-A programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	26-50% van de trainers voert GoA-A programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	51-75% van de trainers voert GoA-A programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	76-100% van de trainers voert GoA-A programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl
	B De trainers beschikken over de competenties die beschreven staan in de handleiding.	De trainers beschikken niet over de competenties die beschreven staan in de handleiding.	1-25% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de handleiding	26-50% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de handleiding	51-75% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de handleiding	76-100% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de handleiding
	C De trainers organiseren de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	De trainers organiseren niet de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 1-25% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 26-50% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 51-75% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 76-100% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.

7	Criterium monitoring, evaluatie en effectmeting	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
	A Er is een rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg	Er is geen rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg		Er wordt gewerkt aan een rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg		Er is een rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg
	B Evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer worden verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	Evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer worden niet verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 1-25% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 26-50% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 51-75% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 76-100% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator
	C meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling vindt plaats	Er vindt geen meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 1-25% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 26-50% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 51-75% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 76-100% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats
	D Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA-A programma wordt gedeeld met de programma-coördinator, die het doorgeeft aan de module-ontwikkelaar	Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA-A programma wordt niet gedeeld met de programma-coördinator, die het ook niet doorgeeft aan de module-ontwikkelaar		Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA-A programma wordt gedeeld met de programma-coördinator, deze geeft het niet door aan de module-ontwikkelaar		Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA-A programma wordt gedeeld met de programma-coördinator, die het doorgeeft aan de module-ontwikkelaar

Bijlage 4

Projectplan implementatie Grip op Agressie Ambulant

Inleiding

Met alle actuele kennis en ervaring over implementeren hebben we voor u een stappenplan gemaakt. Het laat zien welke zaken belangrijk zijn om van tevoren en tijdens de uitvoering te organiseren. Een uitgewerkt implementatieplan vergroot de kans op succesvolle implementatie en borging van het behandelprogramma Grip op Agressie Ambulant (GoA-A).

Missie

De instelling die GoA-A wil implementeren heeft onder meer als opdracht de mate van agressieproblematiek bij cliënten met verstandelijke handicap te verkleinen door het bieden van goed onderbouwd en bewezen effectieve preventie/ behandeling. Het behandelprogramma heeft als doel, het verminderen of voorkomen van recidive, risicovol agressief gedrag bij sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte cliënten.

Deze opdracht wordt vertaald in de volgende onderdelen:

1. De ontwikkellijn van wetenschap naar praktijk, met alle modules moeten intern bij de behandelinstelling bekend zijn en gedragen worden.
2. Maak een plan met betrekking tot functionarissen, taken en verantwoordelijkheden, ten behoeve van de implementatie en uitvoering van het behandelprogramma, inclusief de langere termijn sturing, onderhoud programma's en trainingen, coördinatie, etc.
3. Neem de implementatiemonitor als richtlijn voor de implementatie en borging van GoA-A.
4. Maak een plan voor de randvoorwaarden en invoering van de modules.
5. Biedt een basisprogramma deskundigheidsbevordering aan met betrekking tot benodigde basiskennis voor sociotherapeuten/ behandelaars over agressie, waaronder kennis van de cognitieve gedragstherapie in samenhang met agressie en kennis over 'moral reasoning', visie op agressie, etc.
6. Organiseer effectmeting in samenwerking met onderzoekers aan de hand van de opgegeven instrumenten rondom de procesmeting en effectmeting.

Beoogde resultaten:

GoA-A wordt gegeven aan de doelgroep die is omschreven en volgens de richtlijnen die in de handleidingen omschreven staat. Voor de langere termijn borging van het behandelprogramma bestaat een helder en werkbaar construct.

Uitwerking van de implementatiethema's in stappen

Stappen:

1. De ontwikkelde visie op (behandeling van) agressie wordt gedragen.
2. Neem de implementatie monitor als richtlijn (zie implementatiemonitor bijlage 3).
3. Plan met betrekking tot functionarissen, taken en verantwoordelijkheden, ten behoeve van de implementatie en uitvoering van het behandelprogramma agressie, inclusief de langere termijn sturing, onderhoud programma's en trainingen, coördinatie, borging, etc.
4. Acties om randvoorwaarden voor invoering te organiseren.
5. Aanbieden van een basisprogramma deskundigheidsbevordering mbt benodigde basiskennis voor sociotherapeuten/behandelaars over agressie, waaronder kennis van de cognitieve gedragstherapie in samenhang met agressie en kennis over 'moral reasoning', visie op agressie, etc.
6. Plan met betrekking tot het trainen van de trainers binnen de instelling
7. Effectmeting in samenwerking met onderzoekers.

Tijdspad:

Criteria voor het implementeren van GoA-A, verwerkt in het implementatieplan:

- **Bekendheid** – PR/Kartrekker. Dit geldt voor de bedrijfsvoering en bekendheid binnen het behandelaanbod.
- **Beschikbaarheid materialen** waaronder de handboeken en noodzakelijke apparatuur voor afspelen van instructiefilmpjes.
- **Indicatie en verwijso routes;** van aanmelding tot evaluatie en afronding volgens de richtlijnen.
- **Scholingsfaciliteiten** passende bij aanbod GoA-A.
- **Geschoolde trainers.**
- **Uitvoering** zoals bedoeld.

- **Monitoring, evaluatie en effectmeting** zoals in de handboeken staat vermeld.

De gestelde criteria worden vertaald naar realisatie. Wanneer kan je welk criteria georganiseerd hebben zodat het als gerealiseerde randvoorwaarde klaar staat bij het uitvoeren van GoA-A?

Criteria	Tijdpad	Opmerkingen
Bekendheid		
Beschikbaarheid materialen		
Indicatie en verwijsroutes		
Scholings-faciliteiten		
Geschoolde trainers		
Uitvoering		
Monitoring, evaluatie en effectmeting		

Trainers

Uitvoering van de specialistische modules

Betrokken disciplines
<ul style="list-style-type: none"> • Gedragsdeskundigen; • PMT therapeut; • Drama therapeut; • Sociotherapeut of casemanager. <p>Daarnaast bestaat het profiel van een trainer/uitvoerder uit de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten die vallen onder de doelgroep met een SGLVB-indicatie en agressief gedrag. • Heeft een relevante HBO-opleiding afgerond of functioneert op dit denkniveau. • Heeft kennis van en ervaring met prosociale modeling. • Heeft basiskennis van leerstijlen en theorieën. • Heeft kennis van en ervaring met methodisch werken. • Heeft kennis van en ervaring met motiverende gesprekstechnieken. • Is in staat programmastof flexibel te hanteren vanuit responsiviteitsbeginsel. • Is in staat de programma-integriteit te waarborgen. • Kan zich verplaatsen in de cliënt en heeft een accepterende houding. • Is in staat cliënten tot gedragsverandering te motiveren door voldoende aandacht te besteden aan de eigen wensen van de cliënt. • Is herkenbaar voor de cliënt omdat hij de 'taal' van cliënten met een SGLVB spreekt. • Vertoont prosociaal gedrag. • Is directief waar nodig. • Beschikt over didactische vaardigheden die aansluiten bij de doelgroep. • Kan goed omgaan met storend gedrag. • Kan signalen van agressie herkennen en agressie voorkomen. • Is authentiek en gelooft in gedragsverandering van cliënten. • Beschikt over voldoende cognitieve vaardigheden.

De specialistische modules worden gegeven door daartoe opgeleide begeleiders, ook wel trainers genoemd. De kwaliteitscriteria van een gespecialiseerd behandelprogramma hebben praktische consequenties voor het werken als trainer. Om te kunnen voldoen aan de eerder beschreven voorwaarden en eisen van een behandelprogramma, hebben de trainers specifieke competenties nodig. In een trainingsprogramma aangeboden door Trajectum wordt aandacht besteed aan het ontwikkelen van deze competenties die onderscheiden kunnen worden op kennis, vaardigheden, attitude en persoonlijkheid (Arendsbergen & Liefhebber, 2005).

Kennis

De theoretische kennis vormt de basis van een behandelaanbod en het is, zoals eerder omschreven staat, een kwaliteitscriterium van het gespecialiseerde behandelaanbod. De trainers moeten ten eerste op de hoogte zijn van theoretische onderbouwing van de betreffende specialistische modules: van welke verklaringsmodellen wordt uitgegaan en welke visie op de problematiek wordt aangehangen. De trainer kan, ondersteund door behandelaars, het gedrag van de deelnemers verklaren vanuit de theorie en weet op welke factoren de module ingrijpt. Ten tweede moet de trainer kennis hebben van de inhoud van de modules: wat is het doel van de modules, voor welke cliëntengroep en problematiek zijn ze bedoeld, op welke vaardigheden, criminogene factoren en (risicovol) gedrag richten deze zich? Ten derde moet de trainer kennis hebben van de doelgroep en de individuele cliënt. Hij kent de diagnostische gegevens en de behandeldoelen van de cliënt en kan deze verbinden met de modules. Ook kan hij terugval in probleemgedrag bij de cliënt zo vroeg mogelijk herkennen. Tot slot is kennis over de meetinstrumenten van belang die gebruikt worden voor het meten van behandelresultaten.

Vaardigheden

Van de trainers worden specifieke vaardigheden verwacht bij het toepassen van de specialistische modules. Alle modules en lessen zijn volledig omschreven in de programmahandleiding. De trainers leren dit toe te passen zoals dit omschreven staat, waarbij het (vanwege eerder genoemde programma-integriteit) belangrijk is dat de trainer zich houdt aan de instructie.

De trainer moet beschikken over de (cognitief) gedragstherapeutische technieken die binnen de modules worden gebruikt. Dit zijn bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen, rollenspelen, gesprekstechnieken, en onderscheid tussen gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg (de 5 G's). Bovendien moet de trainer de producten zoals een woede thermometer, eerste hulpkaart, delictketen, signaleringsplan en terugvalpreventieplan op kunnen stellen en samen met cliënten kunnen hanteren. Ook technieken op het gebied van het vervangen van inadequaat gedrag door adequaat assertief gedrag zijn van belang, evenals negeren of stopzetten van ongewenst gedrag en bekrachtiging van gewenst gedrag. Verder moeten trainers in staat zijn te rapporteren over de voortgang van de cliënten en moet hij over technieken beschikken om de cliënten te motiveren voor deelname aan de modules. Naast algemene vaardigheden dient de trainer ook te beschikken over de vaardigheden die bij een specifieke module van belang zijn. Zo moet men bij de agressiemodules kunnen omgaan met agressie die een cliënt dan kan laten zien.

Attitude en persoonlijkheid

Het leren vanuit de confrontatie van de eigen probleemgebieden van de cliënt en het aanleren van nieuwe vaardigheden vraagt om een veilige leeromgeving. De werkrelatie tussen de trainer moet onder andere betrouwbaar, consequent, consistent en deskundig zijn. Dit wordt niet alleen omvat door bepaalde vaardigheden van de trainer; een passende attitude van de trainer is een belangrijke voorwaarde voor het effect van een interventie. Aspecten van attitude die van belang zijn: jezelf blijven, accepteren van de persoon achter het gedrag, vriendelijke/zakelijke houding, zorg en pedagogisch handelen, zoals het stellen van grenzen, duidelijkheid in handelen, en de cliënt ruimte voor ontwikkeling bieden. De persoonlijkheid van de trainer is een belangrijke factor binnen het geven van de zorg en behandeling. Persoonlijkheidskenmerken als betrouwbaarheid, consequent en consistent zijn, geïnteresseerd, alert, deskundigheid, begrip tonen, aandacht geven en ondersteunen zijn belangrijke aandachtsgebieden voor trainers tijdens het geven van de specialistische therapeutische modules. Deze kenmerken blijken bovendien uit open, waarachtig, valide en echt zijn van de trainer en worden ook wel kernkwaliteiten genoemd. Als de trainer bewust wordt van zijn eigen kernkwaliteiten is hij of zij in staat om hier optimaal gebruik van te maken en kunnen onbewuste en intuïtieve reacties op gedrag van de deelnemers of eigen valkuilen zoveel mogelijk worden voorkomen (Niehoff, 2010)

Implementatiemonitor en borging van Grip op Agressie Ambulant

1 Programmamedewerkers GoA-A	
1 PMT vaktherapeut	
1 Drama vaktherapeut	
2 Trainers: sociotherapeuten	
1 Behandelverantwoordelijke: psycholoog of gedragswetenschapper	
Operationeel manager	
2 Deelnemers GoA-A	
Procedures diagnostiek in het kader van selectie	
In- en exclusiecriteria GoA-A	
Diagnostiek in het kader van responsiviteit	
Groepsgrootte en groepssamenstelling	
3 Implementatie en uitvoering	
Programmaplanning en tijdsinvestering cliënten	
Programmaplanning overlegvormen en tijdsinvestering medewerkers	
Registratie, rapportage, evaluatie van het geleerde en afronding modules	
Evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA-A	
Continuïteit en nazorg na afronding van het programma	
Aanwezigheid benodigde formulieren	
Beschrijving selectie-instrumenten GoA-A	
Meetinstrumenten effectmeting GoA-A	
Filmmateriaal	
Laptop met wifi + Beamer	
Clientboeken of deelnemersboeken	
Trainersboeken	
Handleidingen GoA-A	
Aanmeldingsformulier per module Grip op Agressie (GoA-A)	
Ruimte voor aanbieden GoA-A (training, PMT, Drama)	

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

