

Interventie

Dit pik ik niet

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 13 december 2023

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (31 oktober 2023).

Justitieelinterventies.nl: beschrijving Dit pik ik niet. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieelinterventes.nl.

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	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	17
4. Onderzoek.....	24
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	26
6. Aangehaalde literatuur	27

Samenvatting

“Dit pik ik niet” is bedoeld voor jongeren (meisje en jongens) van 12 tot 18 jaar die voornamelijk vermogensdelicten plegen. Het primaire doel van het zorgprogramma is het stoppen met of het verminderen van het plegen van vermogensdelicten. “Dit pik ik niet” wordt individueel aangeboden en behelst een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (experientiële technieken, waaronder stoelen-technieken en rollenspellen, en indien van toepassing mindfulness-based oefeningen). Indien nodig is er continu aandacht voor het motiveren van de jongere. De behandeling bestaat uit vier standaard modules. Afhankelijk van de problematiek is het daarnaast mogelijk om vier optionele modules aan te bieden, indien geïndiceerd. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo van de jongere en de ernst van de problematiek en kan variëren van vijf maanden tot maximaal anderhalf jaar.

Doelgroep

“Dit pik ik niet” is bedoeld voor jongeren (meisje en jongens) van 12 tot 18 jaar die voornamelijk vermogensdelicten plegen. Er is sprake van een IQ-score boven de 80 en een matig of hoog recidiverisico op het plegen van vermogensdelicten. Het gaat om jongeren met antisociale problematiek en meerdere, op elkaar inwerkende risicofactoren. Hierbij spelen de risicofactoren geringe impulscontrole en beheersingsvaardigheden, een tekort aan toezicht en passende opvoedingsvaardigheden bij opvoeder(s) en de aanwezigheid van disfunctionele cognities die leiden tot het plegen van vermogensdelicten hoe dan ook een rol.

Doel

Het primaire doel van het zorgprogramma is het stoppen of verminderen van het plegen van vermogensdelicten en het reduceren van de kans op recidive (terugval) van het plegen van vermogensdelicten.

Aanpak

“Dit pik ik niet” is een individuele behandeling die gebruik maakt van cognitief gedragstherapeutische elementen in combinatie met ervaringsgerichte oefeningen (experientiële technieken). Voor het leveren van maatwerk wordt er naast de drie standaard modules ook gewerkt met vijf optionele modules. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo van de jongere en de ernst van de problematiek en kan variëren van vijf maanden tot maximaal anderhalf jaar. Een individuele behandelsessie vindt minstens eens per week plaats en duurt minimaal een uur. De intensiteit kan oplopen tot drie keer per week, als het gaat om een zeer hoog recidiverisico.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit een theoretische handleiding en een managementhandleiding voor de programmamanager en de managers van de instelling. De inhoud van het programma is voor de jongere en de behandelaar nauwkeurig beschreven in drie standaard modules, namelijk de Startmodule en de modules Impulsbeheersing en Invloed van het denken. Daarnaast zijn er nog vijf modules die afhankelijk van de problematiek of de motivatie (geldt voor de module Gezin in Beeld) optioneel worden ingezet. Het gaat om de modules Verminderen van Stress, Zelfbeeld, Straatcultuur, sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid), Problematisch middelengebruik en de module Gezin in Beeld. Ook kan er, ter ondersteuning van de behandeling, gewerkt worden met videofragmenten en ehealthmateriaal, waaronder dagboeken, via Minddistrict. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder.

Onderbouwing

Het verklarings- en veranderingsmodel van het zorgprogramma is gebaseerd op het biopsychosociaal model (Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt specifiek stilgestaan bij de sociale controletheorie (Hirschi, 1969), de theorie over de kosten-batenanalyse (Cromwell & Olson, 2006) en de general strain theory (Merton, 1938). Deze specifieke theorieën verklaren hoe het plegen van een vermogensdelict tot stand kan komen en voortduurt en hoe de factoren, die het probleemgedrag veroorzaken, met elkaar samenhangen. Het toegepaste veranderingsmodel beschrijft vervolgens hoe en met welke methoden en technieken (werkzame elementen) de algemene dynamische criminogene risicofactoren, die uit het verklaringsmodel naar voren zijn

gekomen, verminderd kunnen worden. Dit is nodig om gedragsverandering en een afname van recidive te realiseren.

Onderzoek

Bij de procesevaluatie van de uitvoering van het zorgprogramma werden 8 programmaverantwoordelijken, 18 behandelaars, 36 cliënten betrokken. Zij werden geïnterviewd en/of er werden evaluatieformulieren over de behandeling ingevuld om het niveau van de programma-integriteit te kunnen bepalen. De resultaten van de procesevaluatie tonen aan dat er voldoende draagvlak was voor het zorgprogramma en dat het niveau van de programma-integriteit voldoende was. Dit betekent dat er voldoende werkzame elementen werden toegepast. Cliënten beoordeelden het zorgprogramma gemiddeld met een 7,6 en behandelaars met een 7,9. Verbeterpunten liggen in het motiveren van cliënten en opvoeder(s) om netwerkleden te betrekken, het werken met een preventieplan, en verbetering van de intervisie voor behandelaars. Tevens zijn verbeterpunten het meer werken met ervaringsgerichte oefeningen tijdens de eerste periode van de behandeling en het verduidelijken van de rode draad van behandelsessies aan de jongere. Zo ook het evalueren en vervolgens valideren van de vragenlijst irrationele gedachten bij het plegen van vermogensdelicten.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Dit zorgprogramma is bedoeld voor jongens en meisjes tussen de 12 en 18 jaar die voornamelijk vermogensdelicten plegen. Er is sprake van een IQ-score boven de 80¹ en een matig of hoog recidiverisico op het plegen van vermogensdelicten. Het gaat om jongeren met antisociale problematiek en meerdere, op elkaar inwerkende risicofactoren. Hierbij spelen de risicofactoren geringe impulscontrole en beheersingsvaardigheden, een tekort aan toezicht en passende opvoedingsvaardigheden bij opvoeder(s) en de aanwezigheid van disfunctionele cognities die leiden tot het plegen van vermogensdelicten een rol. Bij een substantieel deel van de doelgroep is vaak ook aan de orde dat zij onvoldoende weerbaar zijn tegen negatieve groepsdruk van een antisociaal netwerk, al dan niet gecombineerd met een laag zelfbeeld.

Bij de doelgroep is ten minste sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis en/of de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) en/of normafwijkend gedragsstoornis. Hierbij kan comorbiditeit aan de orde zijn; bij de doelgroep gaat het vooral om ADHD en/of problematisch middelengebruik.

Intermediaire doelgroep

Er wordt geprobeerd om opvoeders vanaf de start actief te betrekken bij de behandeling door het aanbieden van de module gezin in beeld (gericht op het verbeteren van de nodige opvoedingsvaardigheden en kwaliteit van het contact) en voor het naleven van het preventieplan.

Deelname van opvoeder aan het zorgprogramma is echter geen vereiste.

Als het niet lukt om de opvoeder te betrekken, dan wordt een systeemlid betrokken voor het bieden van steun aan de jongere en om een bijdrage te leveren aan het naleven van het preventieplan.

Selectie van doelgroepen

De jongere wordt via een verwijzer aangemeld bij de forensische behandelinstelling. Zo spoedig mogelijk na ontvangst van de aanmelding volgt een intakegesprek, uitgevoerd door een jeugdbehandelaar van de instelling. Voordat de jongere wordt uitgenodigd voor een intakegesprek is al bekeken of er contra-indicaties zijn (suïcidaal gedrag of onvoldoende stabiliteit, dit laatste bijvoorbeeld vanwege het ontbreken van zicht op een vaste verblijfplaats) voor het volgen van een behandeling bij een forensische behandelinstelling. Tijdens het intakegesprek volgt een voorlopige indicatie voor het zorgprogramma “Dit pik ik niet”. Daarna wordt door de betrokken behandelaar(s) een initieel behandelplan opgesteld en vervolgens samen met de jongere en opvoeder(s) besproken. Dit plan bevat behandeldoelen voor de voorbereidende behandelfase van de behandeling. Tijdens de voorbereidende behandelfase vinden onder andere het motiveren, een assessment en een risicotaxatie plaats. Hierdoor kan er een definitieve indicatiestelling volgen en een behandelplan voor de behandelfase worden geschreven. De behandelaar die de risicotaxatie-gesprekken heeft gevoerd, bespreekt de bevindingen in het multidisciplinaire teamoverleg in aanwezigheid van de regiebehandelaar (als de uitvoerende behandelaar deze rol niet zelf vervult) en specialist (klinisch psycholoog of psychiater). De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatiestelling. De uitvoerende behandelaar zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld aan de jongere en zijn/haar ouder(s). Het kan dus voorkomen dat de jongere en opvoeder(s) na de voorbereidende behandelfase toch voor een andere behandeling geïndiceerd blijken te zijn dan voor het zorgprogramma “Dit pik ik niet”. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

Indicatiecriteria

1. De jongere spreekt de Nederlandse taal in voldoende mate, zodat hij kan profiteren van het aanbod;

¹Zie voor meer informatie de indicatiecriteria.

2. De jongere heeft een IQ van 80 of hoger². Tijdens de intake wordt de SCIL toegepast om te screenen op LVB. Mocht het instrument aangeven dat er mogelijk sprake is van LVB, dan wordt een passende IQ-test afgenomen en de ADAPT (observatielijst adaptieve vaardigheden; Jonker et al., 2021);
3. De jongere heeft de leeftijd van 12 tot 18 jaar;
4. De jongere heeft zover bekend voornamelijk vermogensdelicten gepleegd;
5. De jongere heeft een matig, matig tot hoog, of hoog recidiverisico op het plegen van vermogensdelicten gemeten met het risicotaxatie-instrument RAF-GGZ Jeugd (score 3, 4 of 5).
6. De jongere scoort op de RAF GGZ Jeugd matig of hoger op minimaal twee van de volgende domeinen: Sociaal Netwerk, Houding, Financiën, Middelen of Emotioneel persoonlijk.
7. Volgens de DSM-5 is er tenminste sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis en/of de oppositioneel-opstandige gedragsstoornis (ODD) en/of een normafwijkend gedragsstoornis.

Indicatiecriteria van (optionele) modules

Er zijn drie standaard modules die aan alle jongeren worden aangeboden, namelijk de Startmodule, de module Impulsbeheersing en de module Invloed van het denken. Daarnaast zijn er vijf modules optioneel, namelijk de module Verminderen van stress, de module Zelfbeeld, de module Straatcultuur, sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid), de module Problematisch middelengebruik en de module Gezin in Beeld. Jongeren die hoog scoren op het ervaren van stress (RAF-GGZ Jeugd) en/of op dit onderdeel bij de doelenlijst laag scoren, zijn voor de module Verminderen van stress geïndiceerd. Bij jongeren die laag scoren op zelfbeeld (zie score op de doelenlijst en/of een hoge score m.b.t. het domein sociaal-emotioneel) is de module Zelfbeeld van toepassing. Voor jongeren van wie bekend is dat zij de delicten vooral plegen door groepsdruk, is de module Straatcultuur, sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid) geïndiceerd. De module Problematisch middelengebruik is geïndiceerd als er volgens de DSM-5 sprake is van middelenmisbruik en/of een matig-hoog of hoge score op het domein middelengebruik van de RAF-GGZ-Jeugd. De module Gezin in Beeld wordt gezien als een module die hoe dan ook een steunende werking heeft, en wordt altijd aangeboden als opvoeders hiertoe bereid zijn en de jongere het goedkeurt.

Contra-indicaties

1. De jongere is ook na een motivatietraject niet gemotiveerd tot deelname aan het zorgprogramma. Als minimale motivatie geldt in eerste instantie de bereidheid om een gesprek aan te gaan met een behandelaar.
2. Er is sprake van ernstige verslaving waardoor de jongere onvoldoende kan profiteren van het zorgprogramma en behandeling door de verslavingszorg geïndiceerd is. Soms kan er gekozen worden voor een samenwerking met de verslavingszorg, waardoor de jongere wel geïncludeerd kan worden.
3. Er is sprake van een acute psychose bij de jongere.
4. De jongere is niet bereid en/of in staat om voor behandeling naar de polikliniek te komen.

De indicaties en contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie/informatie van de verwijzer, de uitkomst van de risicotaxatie, vastgestelde classificaties conform de DSM-5, indien van toepassing de analyse van het middelengebruik (onderzoek naar de impact van het middelengebruik en relatie tot de forensische problematiek) en de klinische blik van de behandelaar die de intake verzorgt.

Betrokkenheid doelgroep

Het zorgprogramma “Dit pik ik niet” is ontwikkeld door onder andere gebruik te maken van de input en feedback van behandelaars, jongeren en opvoeders. Voor het krijgen van een beeld over de inhoud van de modules werden, naast het theoretisch kader en de al opgedane ervaringen met het zorgprogramma Vermogen voor volwassenen, de wensen geïnventariseerd van 16 jongeren en hun opvoeders. Ook is er gebruikgemaakt van verbeteruggesties die via evaluatieformulieren zijn meegegeven. Vervolgens werden de modules in conceptvorm geschreven en wederom voorgelegd ter feedback. De feedback ging vooral over de

² In principe kunnen jongeren met een LVB (IQ score rond de 80 en 85, in combinatie met een tekort aan adaptieve vaardigheden) geïndiceerd worden voor Dit pik ik niet!. Het is dan belangrijk dat de regiebehandelaar verwacht dat de jongere over voldoende intellectuele capaciteiten beschikt om van het zorgprogramma te kunnen profiteren. Het zorgprogramma wordt in een individuele setting aangeboden, waardoor het nog makkelijker wordt om de inhoud zo aan te bieden dat het aansluit bij de jongere, ook als er sprake is van een LVB (boven range).

taal (vaak werden de teksten te lang gevonden), ongewenste oefeningen (veelal inzichtgevende schrijfp opdrachten), de lay-out en het gebruik van plaatjes. In 2020 is de module Problematisch middelengebruik (PMG) ontwikkeld en terwijl de procesevaluatie al liep, is de module Straatcultuur, Sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid) toegevoegd. Deze modules werden volgens jongeren, opvoeders en behandelaars gemist.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het primaire doel van “Dit pik ik niet” is het stoppen of verminderen van het plegen van vermogensdelicten en het reduceren van de kans op recidive (terugval) van het plegen van vermogensdelicten in de toekomst. Dit betekent dat er geen aangifte meer wordt gedaan, dat de jongere aangeeft dat het delictgedrag is gestopt of minder vaak voorkomt en dat de score op de RAF-GGZ-Jeugd is afgenomen met ten minste één niveau.

Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen het zorgprogramma worden aangeboden. De RAF-GGZ Jeugd wordt ingezet om te bepalen of het recidiverisico tijdens de behandeling met ten minste één niveau is gedaald. Tevens biedt de lijst zicht op al dan niet een afname van specifieke dynamische risicofactoren. De Lijst Irrationele Gedachten – Vermogen-Jeugd (LIG-V-Jeugd) wordt gebruikt om de eventuele aanwezige cognitieve vervormingen, die het plegen van vermogensdelicten veroorzaken, in beeld te brengen en eventuele veranderingen te monitoren. Daarnaast wordt de doelenlijst (ingevuld door de jongere en de behandelaar) gebruikt om te zien welke optionele subdoelen van het programma aandacht nodig hebben en in hoeverre de standaard en optionele subdoelen zijn verbeterd of behaald.

Er wordt bij de jongere die geïndiceerd is voor “Dit pik ik niet” aan de volgende standaard subdoelen gewerkt:

Alle modules, deze doelen krijgen al vanaf **de startmodule** expliciet aandacht:

1. De jongere is gemotiveerd om de behandeldoelen te bereiken. De jongere toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering. De jongere heeft zicht op de nadelen van het plegen van vermogensdelicten voor zichzelf;
2. De jongere ervaart emotionele steun van één of meer mensen uit zijn netwerk. Indien gewenst kan het ook gaan om praktische ondersteuning;
3. De jongere is voldoende toegerust om oplossingen (manieren van reageren) te bedenken en toe te passen als er sprake is van problemen/situaties die hij lastig vindt.
4. De jongere heeft een adequate dagbesteding en houdt dit vol.
5. Opvoeder en/of andere betrokken systeemleden bieden ondersteuning in het naleven van het preventieplan.
6. De jongere houdt zich aan het preventieplan.

Module specifiek:

1. *Module invloed van het denken:*
De jongere hanteert geen cognitieve vervormingen die leiden tot het plegen van vermogensdelicten (module Invloed van het denken);
2. *Module Impulsbeheersing:*
De jongere kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
De jongere kan adequate beheersingsvaardigheden toepassen en daardoor de drang tot stelen onder controle houden.

Algemene doelen voor opvoeder(s) en/of andere betrokken systeemleden

1. De opvoeder of het betrokken systeemlid biedt de jongere steun en helpt bij het naleven van het preventieplan (zij herkennen acute risicofactoren);
2. De opvoeder of het betrokken systeemlid ontvang psycho-educatie over het probleemgedrag van de jongere.

Optionele doelen voor opvoeder(s)

1. De opvoeder is gemotiveerd om aan de behandeling mee te werken.
2. De opvoeder ontvangt steun van een betrokken systeemlid bij het begeleiden van zijn/haar kind;

Optionele doelen voor opvoeder(s) en de jongere

1. De jongere en de opvoeder(s) hebben minder vaak conflicten. De ruzies komen minder vaak voor en zijn minder ernstig.
2. De kwaliteit van het contact tussen de jongere en de opvoeder(s) is verbeterd. Ze doen vaker gezamenlijk activiteiten, ze geven elkaar meer complimenten en luisteren beter naar elkaar.
3. Opvoeders beschikken over opvoedingsvaardigheden die nodig zijn om probleemgedrag van hun kind te doorbreken.

“Dit pik ik niet” werkt aan de volgende optionele subdoelen voor de jongere:

1. *Module verminderen van stress en boosheid:*
De jongere reduceert gevoelens van stress, spanning en boosheid; er is geen sprake van chronische stress/verhoogde arousal.
De jongere past functionele copingvaardigheden toe;
2. *Module Zelfbeeld:*
De jongere ervaart dagelijks momenten van zelfvertrouwen, waardoor hij beter kan omgaan met stressoren, zoals discriminatie en achterstelling;
3. *Module Straatcultuur, sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid):*
De jongere heeft kennis over de invloed van de straatcultuur en de sociale media en de mogelijke negatieve impact van groepsdruk.
De jongere oefent met het weerstaan van negatieve groepsdruk en kan hier nee tegen zeggen.
4. *Module problematisch middelengebruik:*
Het problematische middelengebruik van de jongere is onder controle en heeft geen negatieve invloed op het plegen van vermogensdelicten.

N.B. Mochten de optionele modules niet geïndiceerd zijn voor een jongere, dan is het volgen van de standaard modules voldoende om het primaire doel te realiseren.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

“Dit pik ik niet” maakt gebruik van de RNR-principes (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing) en van een cognitief gedragsmatige aanpak. Daarnaast biedt het zorgprogramma voldoende ervaringsgerichte oefeningen, denk aan dramatherapeutische technieken, zoals rollenspelen, stoelentechneken³, imaginatie-oefeningen en aangepaste mindfulness-oefeningen. Er is indien nodig continu aandacht voor het motiveren en er wordt voortdurend rekening gehouden met de responsiviteit (denk aan de aanwezigheid van een LVB⁴). Dit is mogelijk omdat het een individuele behandeling betreft.

Fasering

“Dit pik ik niet” bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Indiceren. Tijdens deze fase wordt een intakegesprek gevoerd door de regiebehandelaar en mogelijk een medebehandelaar. Er worden vragen gesteld die nodig zijn om een voorlopige diagnose en indicatie te kunnen stellen;
2. Voorbereidende behandel fase. Deze fase bestaat gemiddeld genomen uit vier tot zes gesprekken en is gericht op risicotaxatie en assessment. Hierbij wordt ook goed uitgezocht of er sprake is van een LVB en of de jongere alsnog voldoet aan de indicatiecriteria. Er wordt verder gewerkt aan het realiseren van een werkbare behandelrelatie, het aanbieden van de startmodule gericht op motiveren, psycho-educatie en

³ Er zijn verschillende variaties mogelijk, er wordt met twee of meerdere stoelen gewerkt. Elke stoel staat voor een eigenschap, rol, kant of denkwijze. Een stoelentechniek helpt om beter te voelen, andere ervaringen op te doen en om keuzes te maken.

⁴ Bij een IQ-score tussen de 80 en 85 en een tekort aan adaptieve vaardigheden.

het opstellen van een preventieplan om het plegen van vermogensdelicten te voorkomen. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie en diagnose gesteld;

3. **Behandeling.** Het aanbieden van de standaardmodules en de geïndiceerde optionele modules. De duur en intensiteit van deze fase variëren per jongere.. Dit is afhankelijk van het recidiverisico, de aanwezige responsiviteitsfactoren en acute risicofactoren;
4. **Afrondende behandelfase.** De behandeling wordt afgerond als de subdoelen van de standaard en geïndiceerde modules in voldoende mate zijn behaald. Dit wordt bevestigd door de aanwezigheid van een geactualiseerde versie van het preventieplan in de vorm van een toekomstplan;
5. **Nazorg.** De intensiteit van de nazorg wordt bepaald door het recidiverisico, gemeten met de RAF-GGZ-Jeugd en na afronding van de behandelfase. De focus van de nazorg wordt bepaald door de risicofactoren die uit het risicotaxatie-instrument als relevant naar voren komen. Tijdens de nazorgfase wordt de jongere empowered en gestimuleerd om greep op zijn/haar eigen leven te krijgen aan de hand van het toekomstplan (net zoals het preventieplan gericht op het voorkomen van terugval, maar dan opgesteld aan het einde van de behandeling). Daarnaast wordt de jongere met behulp van het plan gestimuleerd om doelen te bereiken gericht op het verbeteren van de beschermende factoren en kwaliteit van leven. Bij een laag recidiverisico is er in ieder geval nog twee maanden contact met de behandelaar, bij een matig recidiverisico drie maanden en bij een matig-hoog recidiverisico vier maanden. In deze periode krijgt de jongere de mogelijkheid om tussendoor telefonisch, via app, sms of mail contact op te nemen met de behandelaar als hij/zij hier behoefte aan heeft. Tijdens afgesproken contactmomenten checkt de behandelaar of er sprake is van terugval en/of (nieuwe) stressoren. Als dit zo is, dan zal de behandeling die vervolgens wordt aangeboden, afgestemd worden op de situatie. Er wordt opgeschaald of verlengd als dit nodig blijkt.

Frequentie en duur van de interventie

Door het geleverde maatwerk is het moeilijk om precies aan te geven hoe lang de behandeling van een jongere zal duren. De tijdsduur wordt onder andere bepaald door het recidiverisico, de criminogene behoeften, responsiviteitsfactoren, vertragende factoren en (on)mogelijkheden rondom de dagbesteding. Omdat het zorgprogramma “Dit pik ik niet!” aansluit bij de behoeften van de jongeren varieert het aantal modules waarvoor jongeren geïndiceerd zijn. In het algemeen genomen duurt de behandeling tussen de 5 maanden en 1,5 jaar. Als een jongere een matig recidiverisico heeft, snel leert en echt wil stoppen met het plegen van vermogensdelicten, dan kan de jongere na 20 weken klaar zijn met de behandeling als hij wekelijks een sessie krijgt aangeboden. Bij een jongere die geïndiceerd is voor alle modules en die modules vrij snel doorloopt, duurt de behandeling ca. 30 weken. Echter, als er vertragende factoren zijn zoals problematisch middelengebruik, een LVB, vrijwel geen impulscontrole en hardnekkige cognitieve vervormingen, dan kan de behandelduur uitlopen tot maximaal 1,5 jaar. Het wekelijkse aanbod is dan gemiddeld 1,5 tot 2 keer. Een therapiesessie duurt minstens 1 uur.

Tijdens de behandeling is tussendoor op- en afschaling van de behandelintensiteit mogelijk en soms nodig, bijvoorbeeld als er een periode sprake is van acute risicofactoren. Er kan ook voor worden gekozen om een individuele bijeenkomst langer te laten duren zodat er meer ruimte is voor het doen van experiëntiële oefeningen (ervaringsgerichte oefeningen). Verder wordt er blended behandeld, dus naast face-to-face sessies wordt er ook gebruik gemaakt van opdrachten en/of dagboeken via eHealth (indien de jongere een computer of smartphone heeft) en eventueel van beeldbelsessies.

Inhoud van de interventie

Aanbod behandelfase

Valideren als werkzaam element

De inhoud van “Dit pik ik niet” wordt onder andere vormgegeven door het toepassen van ‘het valideren’. Deze term is afkomstig van de dialectische gedragstherapie en betekent dat de behandelaar aandacht geeft, empathie en compassie toont, oordeelsvrij onderzoekt wat de ander voelt en denkt en vanuit verbinding en vertraging de jongere stimuleert om emoties waar te nemen en te ervaren (ook in het lichaam). Het valideren maakt het makkelijker om een werkalliantie op te bouwen en eventuele weerstanden/beschermers te doorbreken. Om goed te kunnen valideren is het ook nodig om cultuursensitief te zijn.

Opbouw module

Elke module is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Dan worden de vaste onderdelen van een sessie beschreven. Hierbij kan voor het evalueren van de afgelopen

periode gevarieerd worden in de oefening die je doet. Dit is afhankelijk van de leerstijl, het intellectueel vermogen, de leerdoelen en de wensen van de jongere. In elke module wordt theorie besproken, afgewisseld met verschillende inzichtgevende en ervaringsgerichte oefeningen. Ook hierbij geldt dat de manier waarop dit gebeurt (eenvoudig of meer diepgaand, en altijd aansluitend bij de “taal” die de jongere spreekt) past bij het intellectueel vermogen en de leerstijl. Ook heeft elke module een hoofdstuk met mogelijke thuiswerkopdrachten. De jongere en de behandelaar beslissen welke opdracht of oefening het meest passend is. Hier kan van worden afgeweken.

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en wordt er stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Ook wordt er geëvalueerd met behulp van specifieke en passende vragen.. Er kan bijvoorbeeld gevraagd worden naar lastige situaties, er wordt dan eerst stilgestaan bij gedachten en gevoelens die hierdoor zijn opgeroepen bij de jongere. Vervolgens wordt samen bekeken hoe je ermee om zou kunnen gaan (oplossingsgericht) als de situatie zich nogmaals voor zou doen of nog gaande is. Er kan ook stilgestaan worden bij de drang tot stelen of bij een specifieke vraag die aansluit bij de vorige sessie. Na het evalueren en valideren wordt er zorggedragen voor een goede balans in het bieden van inzichtgevende oefeningen en ervaringsgerichte oefeningen. Hierbij worden, indien passend, ter ondersteuning kaartjes gebruikt met gevoelens, eigenschappen of filmfragmenten. Aan het einde van de sessie wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke thuisopdracht passend is om mee aan de slag te gaan. Ter ondersteuning kan er gebruik gemaakt worden van eHealth-dagboeken.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

Het zorgprogramma heeft als doel het plegen van vermogensdelicten te verminderen of te doen stoppen. Om dit te bereiken wordt er maatwerk gerealiseerd door te werken met vier standaard modules (dikgedrukt) en een set optionele modules welke worden aangeboden als de problematiek van de jongere hierom vraagt. Ook wordt er rekening gehouden met de leerstijl en het intellectueel vermogen (veel taal gebruiken of juist weinig, het geven van inzicht met diepgang of toch wat oppervlakkiger vanwege gebrek aan reflectie, veel ervaringsgerichte oefeningen, etc.). Op deze manier sluit het programma optimaal aan bij de hulpvraag en het recidiverisico van de jongere.

Volgorde modules

Onderstaande volgorde is in theorie de meest wenselijke volgorde. Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, kan essentieel zijn voor de leerbaarheid. Als een jongere bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal de persoon moeite hebben met de zelfbeheersing en het aanleren van vaardigheden. Ook zal het werken aan het verminderen van disfunctionele cognities die aangepakt worden in de module ‘Invloed van het denken’ dan minder effect hebben. Interventies gericht op problematisch middelengebruik, ADHD of traumagerelateerde klachten worden ingezet indien geïndiceerd en zodra hier motivatie voor is.

1. Startmodule (standaard).

Na het doorlopen van de module wordt duidelijk welke optionele modules geïndiceerd zijn. Ook neemt de behandelaar tijdens deze module de tijd om te kijken naar de leerstijl en de (on)mogelijkheden op intellectueel gebied. Als sprake is van een LVB volgens de DSM-5 en de jongere is passend bij de indicatiecriteria van het zorgprogramma, dan is er nog meer aandacht nodig voor het creëren van veiligheid en het gebruiken van eenvoudige taal. Bovendien wordt er veel voorgedaan en is het werken met doe-oefeningen nog vaker geïndiceerd⁵. In deze module wordt verder specifiek aandacht gegeven aan de behandel- en verandermotivatie, er wordt onderzocht wat de voor- en nadelen zijn van het volgen van de behandeling, zo ook de voor- en nadelen van het plegen van vermogensdelicten. Er is verder aandacht voor psycho-educatie en het opstellen van een preventieplan, dit plan helpt om het opnieuw plegen van vermogensdelicten te voorkomen. Hierbij worden ook opvoeders en/of andere relevante systeemleden betrokken indien zij gemotiveerd zijn en de jongere boven de 16 jaar dit toestaat, aangezien zij kunnen helpen om het plan na te leven. Er wordt geëindigd met een probleemanalyse, hiervoor is het onder andere nodig om met een levenslijn te werken. Bij de levenslijn wordt naar negatieve en positieve ervaringen

⁵ Tijdens de booster wordt hier aandacht aan gegeven en worden ook de herziene richtlijnen van 'Effectieve interventies LVB' uit 2023 doorgenomen.

gekeken, de impact hiervan en de gevolgen. Vervolgens wordt onderzocht welke ervaringen mogelijk een relatie hebben met het plegen van vermogensdelicten.

2. Module Gezin in Beeld (optioneel, maar een dringend advies om opvoeders en de jongere hiertoe te motiveren).

Een groot deel van de eerste bijeenkomsten wordt alleen door de opvoeder(s) van de jongere gevolgd (behalve het opstellen en naleven van het preventieplan). Als de geïndiceerde onderdelen met de opvoeder(s) zijn doorlopen komt de jongere er pas bij. De opvoeders krijgen psycho-educatie aangeboden over de ervaren problemen en eventuele aanwezige stoornissen. Verder ligt bij hen de focus op het leren valideren, het verkrijgen van meer steun voor opvoeders uit hun sociale netwerk. Verder wordt er veel geïnvesteerd in het verbeteren van de omgang en het aanleren van passende opvoedingsvaardigheden die voor het specifieke kind nodig zijn. Opvoeders worden, indien van toepassing, geholpen in het weerstaan van negatieve invloed van vrienden, met aandacht voor sociale media en de straatcultuur, het krijgen van een zinvolle dagbesteding en het stoppen of verminderen van het middelengebruik van hun kind. Er wordt veel geoefend door middel van rollenspelen.

3. Module Verminderen van Stress (optioneel).

De jongere leert meer greep te krijgen op eigen spanningen en stress en past vaardigheden toe om stress te verminderen. Hierdoor zal de leerbaarheid groter worden en nemen de impulsiviteit en eventuele aanwezige onprettige gevoelens af. Ook wordt het door een vermindering van stress mogelijk om gemakkelijker met stressoren te dealen en om adequate oplossingsvaardigheden toe te passen. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen (ook door het leren oproepen van een herinnering die een positief en ontspannen gevoel tot gevolg had en imaginatie-oefeningen), bewerkte mindfulness-oefeningen (bijvoorbeeld door van honderd naar 0 te tellen) en door oefeningen te doen die helpen om spanning te uiten, maar ook te verminderen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld de oefening 'wisselen van aandacht' aangeboden, de jongere vertelt dan 30 seconden over zijn stress, vervolgens over een positieve herinnering en de jongere gaat dan weer terug naar de stress, etc. Het is de bedoeling dat de jongere uiteindelijk dagelijks minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen die hem daadwerkelijk helpen om rustig te worden, waardoor chronische stress verdwijnt.

4. Module Impulsbeheersing (standaard).

Er wordt aandacht besteed aan het verbeteren van de impulscontrole om hier zo meer grip op te krijgen, maar ook om meer handvatten te bieden bij gevoelens (eventueel voortkomend uit disfunctionele cognities) die leiden tot stelen of het plegen van andere vermogensdelicten. Ook wordt er gewerkt aan het aanleren van beheersingsvaardigheden die mogelijk helpen om jezelf alsnog tegen te houden als je eigenlijk op het punt staat om het te gaan doen. Deze module is standaard, maar dient meer aandacht te krijgen bij jongeren met ADHD of bij jongeren die vooral 'reactieve vermogensdelicten' plegen en/of bij wie het gedrag helpt om een negatief zelfbeeld te compenseren. De jongere wordt bijvoorbeeld gestimuleerd om te onderzoeken welke oefeningen helpen om de drang of behoefte te verminderen. Er is bijvoorbeeld een oefening waarbij de jongere bevraagd wordt om terug te gaan naar een moment waarop de drang/behoefte sterk aanwezig was. Er wordt gefocust op verschillende lichaamsdelen en onderzocht waar de behoefte het sterkst gevoeld wordt en hoe dat voelt. Vervolgens wordt er een ontspanningsoefening gedaan en weer terug gegaan naar het gevoel van drang/verlangen. De jongere wordt gevraagd om naar dit gevoel te ademen en om te ervaren hoe het is om te ervaren dat de drang langzaam weer verdwijnt.

5. Module Invloed van het denken (standaard).

Via cognitief gedragstherapeutische technieken wordt er gewerkt aan het verminderen van disfunctionele cognities. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd. Hierbij kan het model van de vijf G's worden gebruikt (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg). Er wordt aan de hand van verschillende levensgebieden onderzocht welke niet-helpende (kern)gedachten een rol spelen. Denk aan hoe de jongere bijvoorbeeld aankijkt tegen vriendschap, familie, werk, geld en seksualiteit. De jongere wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties die voor hem lastig zijn. In deze module wordt de jongere uitgedaagd zich te identificeren met een kerngedachte of stelling die haaks op zijn eigen overtuiging staat. Door over deze denkwijze na te denken en door te verkennen welke standpunten je ten aanzien van deze overtuiging kunt innemen, leert de jongere meer gezichtspunten kennen en wordt de jongere uitgedaagd om de eigen manier van denken onder de loep te nemen.

6. Module Zelfbeeld (optioneel)

Deze module is enerzijds gericht op het verbeteren van de responsiviteit (ontvankelijkheid voor behandeling). Een beter zelfbeeld vergroot immers de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen) en dit leidt tot het gemakkelijker aanleren van nieuwe vaardigheden. In die zin werkt het als een beschermende factor. Anderzijds is het hebben van een laag zelfbeeld bij een deel van de doelgroep gerelateerd aan het delictgedrag. Zo kunnen jongeren juist vanuit onzekerheid behoefte hebben aan aansluiting en/of kunnen ze hierdoor groepsdruk minder goed weerstaan. Er worden verschillende oefeningen aangeboden die helpen om het zelfvertrouwen te vergroten. De jongere bedenkt bijvoorbeeld dagelijks wat hij die dag goed heeft gedaan en/of er wordt dagelijks gewerkt met het oproepen van een positieve herinnering (of fictieve situatie) waarin hij zich zeker voelde, dit wordt vervolgens versterkt door hierbij een passende lichaamshouding aan te nemen en een helpende gedachte te denken. Als een jongere deze herinnering met bijpassende houding kan oproepen, dan wordt er vervolgens onderzocht wat het hem oplevert als je dit doet en vervolgens denkt aan een situatie waarbij je normaal gesproken onzekerheid ervaart.

7. Module Straatcultuur, sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid) (optioneel).

De jongere krijgt psycho-educatie over de mogelijke impact van de straatcultuur, de sociale media en groepsdruk. Hierbij is aandacht door middel van stoelentechnieken voor de ervaren ambivalentie en de behoefte om ergens bij te horen. Specifiek wordt het verschil tussen subassertief, assertief en agressief reageren aangeleerd om vervolgens te kunnen oefenen met het assertief reageren op (verschillende vormen van) negatieve groepsdruk.

8. Module problematisch middelengebruik (optioneel)

In deze module wordt gepoogd om meer bewustwording te realiseren over problematisch middelengebruik en mogelijke negatieve gevolgen voor de jongere. De jongeren wordt vooraf aan deze module gemotiveerd om problematisch middelengebruik aan te pakken, waarbij er naast het valideren meer dan eens specifiek stilgestaan wordt bij de voor- en nadelen van middelengebruik. Dit is nodig, omdat de ervaring leert dat een groot deel van de doelgroep de impact van middelengebruik in eerste instantie sterk bagatelliseert, het heeft om die reden tijd nodig om motivatie en vervolgens verandering te realiseren. De thema's die besproken worden en de oefeningen die worden gedaan, sluiten aan bij de overige modules. Voor het leren omgaan met trek, worden aangepaste oefeningen aangeboden die de jongere al kent vanuit de module Verminderen van Stress en de module Impulsbeheersing, maar dan m.b.t. een andere context. Hierbij wordt tevens gebruik gemaakt van wat de jongere al heeft aangeleerd om bijvoorbeeld minder onrust te ervaren. Als de oefening wisselen van aandacht de jongere goed afgaat, dan wordt deze ook aangeboden voor het verminderen van trek. Bij het leren weerstaan van groepsdruk, wordt gewerkt met oefeningen uit de module Straatcultuur, sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid), hetzelfde geldt voor het toepassen van helpende gedachten.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De jongere moet geïndiceerd worden voor de interventie en aan de hand van de checklist optionele modules is duidelijk geworden welke modules van toepassing zijn. Vervolgens krijgt de jongere de inhoud aangeboden van de standaardmodules en de geïndiceerde optionele modules en doet hij de meest belangrijke oefeningen die hierbij horen. Er bestaat een overzicht waarin wordt weergegeven welke oefeningen/onderdelen er in elk geval gedaan moeten worden bij een module. De oefeningen die hierboven bij elke module staan beschreven, zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast kan er altijd gekozen worden voor extra oefeningen als een jongere meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen. Vanaf het begin van de behandeling checkt de behandelaar welke type opdrachten en oefeningen wel en niet aansluiten bij de jongere om zo meer beeld te krijgen bij de leerstijl. Opvoeders en/of een betrokken systeemlid worden altijd betrokken bij het naleven van het preventieplan en het bieden van steun. Na de behandel fase volgt de nazorg. Ook hier worden opvoeders bij betrokken m.b.t. het naleven van het toekomstplan. Deze fase is belangrijk, omdat er dan getoetst kan worden of er geen terugval plaatsvindt. Hierbij kunnen onderdelen uit een module worden herhaald.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding.
2. Acht individuele modules (standaard en optioneel) voor de jongere en als kader voor de behandelaar.
3. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking en de programma-integriteit wordt gerealiseerd en gemonitord.

Naast dit materiaal zijn er ook ondersteunende filmfragmenten en eHealthmodules (in Minddistrict) te gebruiken om theoretische onderdelen of oefeningen beter ‘op maat’ aan te kunnen bieden.

Locatie en type organisatie

Het Zorgprogramma Vermogen kan worden uitgevoerd door een ambulante forensische zorginstelling die volwassen jongeren behandelt. De instellingen dienen te beschikken over een psychiater.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Gegevens over de opleiding

Behandelaars die met het Zorgprogramma Vermogen werken, dienen universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn en hebben kennis van en ervaring met het aanbieden van cognitieve gedragstherapie. Mocht kennis over CGT ontbreken, dan wordt een (eventueel interne) opleiding gevolgd waarin basale kennis over de cognitieve gedragstherapie⁶ wordt verkregen. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om een tweedaagse basisopleiding over het vermogensprogramma te volgen. In deze opleiding wordt uitleg gegeven over de specifieke doelgroep, inclusief de verschillende subgroepen. Ook wordt er meer informatie gegeven over cybercriminaliteit en hoe je dit kunt herkennen. De verschillende verklaringsmodellen en de werkzame elementen worden aan de hand van casuïstiek besproken. Vervolgens worden de modules doorgenomen en worden verschillende oefeningen uitgetoetst en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen en transcultureel behandelen.

Gegevens over de competenties:

De behandelaar dient bij voorkeur al kennis en ervaring te hebben opgedaan in het behandelen van de forensische doelgroep. Denk aan het volgen van de master forensische orthopedagogiek of forensische psychologie en ervaring in het werken met de doelgroep als begeleider of behandelaar. Mocht deze kennis en/of ervaring ontbreken, dan wordt extra ondersteuning aangeboden vanuit andere behandelaars (dit hoeft niet per se de programmaverantwoordelijke te zijn, zie kwaliteitsbewaking). De behandelaar dient verder stevig in zijn schoenen te staan, is respectvol, empathisch, ondersteunend, flexibel en in staat om een matig directieve houding aan te nemen. Ook is het een vereiste dat de persoon beschikt over voldoende gesprekstechnieken en in voldoende mate geëigende motivatietechnieken kan toepassen die passen bij het zorgprogramma, in staat is tot valideren als basishouding en jongeren stimuleert om ervaringsgerichte oefeningen aan te gaan.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/handelingen:

1. Het Zorgprogramma Vermogen wordt aangeboden aan jongeren die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
2. Elke vestiging werkt met een programmaverantwoordelijke (PV) die onder andere de programma-integriteit en kwaliteit bewaakt. Er is minimaal elke vier maanden een gezamenlijk overleg met alle programmaverantwoordelijken onder begeleiding van hoofd behandelszaken/de hoofdontwikkelaar. Er

⁶ Dit kan een training zijn die specifiek is gericht op de forensische doelgroep voor hoger opgeleide behandelaars. De CGT-training dient minimaal te bestaan uit twee dagen en wordt bijvoorbeeld aangeboden door het RINO / PAO of een persoon met aantoonbare kennis en kunde over CGT.

wordt dan onder andere besproken wat er verbeterd kan worden met betrekking tot het borgen van kwaliteit en de programma-integriteit en hoe dit wordt aangepakt.

3. Als een behandelaar de basisopleiding heeft gevolgd, dan is hij/zij bevoegd tot het aanbieden van het zorgprogramma. Om de bevoegdheid te behouden is het nodig om jaarlijks een booster van een dag te volgen binnen de zorglijn agressie en vermogen en te voldoen aan de vereiste caseload. Dit betekent dat een behandelaar in één jaar gemiddeld genomen minimaal drie jongeren dit zorgprogramma aanbiedt.
4. De PV verzorgt minimaal tweemaandelijks begeleide intervisie (kan indien nodig gedelegeerd worden) aan alle behandelaars die het zorgprogramma aanbieden. Hierbij is het relevant dat er ook geoefend wordt met het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen.
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de behandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten. Bij meer begeleidingsbehoefte kan de PV naast intervisie vaker werkbegeleiding aanbieden. Ook is het mogelijk om mee te kijken via video-opnames en elke vier weken de vierwekelijkse checklist in te laten vullen door behandelaar en jongere.
6. Tijdens het aanbieden van het zorgprogramma wordt de behandeling onder andere gemonitord aan de hand van een doelenlijst, sessie-checklists en een eindevaluatielijst, zodat beoordeeld kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de jongere ingevuld. Aan jongeren wordt bovendien specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden. Tijdens intervisies wordt aandacht besteed aan de uitkomst van deze formulieren. De programma-verantwoordelijke stimuleert de behandelaar tot het invullen van de formulieren.

Randvoorwaarden

Een instelling moet aan de volgende randvoorwaarden voldoen:

1. Het aanstellen van een programmaverantwoordelijke voor “Dit pik ik niet” per vestiging die verantwoordelijk is voor de borging van de kwaliteit en de programma-integriteit (PI);
2. Tijd en budget realiseren voor PV en behandelaars om de nodige basisopleiding te kunnen volgen, hetzelfde geldt voor het volgen van de opleiding m.b.t. de RAF-GGZ-JEUGD (als die nog niet is gevolgd);
3. Het aanbieden van maandelijkse intervisiemomenten, eventueel in combinatie met de intervisie van de AROPMaat (zorgprogramma voor jongeren met ernstige agressieproblematiek);
4. Het daadwerkelijk uitvoeren van Routine Outcome Monitoring (ROM). Het gaat om de RAF-GGZ-Jeugd, FKL-Jeugd (wordt alleen door de jongere ingevuld), Vermogensdoelenlijst, LIG-vermogen (alleen door jongere), inclusief het invullen van de evaluatieformulieren. Dit ter ondersteuning van de inhoud van de behandeling, het monitoren van de voortgang en het bewaken van de programma-integriteit.
5. Zorgdragen voor de nodige PR. Het gaat dan bij dit specifieke zorgprogramma ook om het bestaan kenbaar maken bij lokale teams en de jeugdreclassering. Mensen die vermogensdelicten plegen worden immers minder snel behandeld of krijgen een meer reguliere interventie aangeboden gericht op het verminderen van antisociaal gedrag.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in “Dit pik ik niet” voert de hoofdontwikkelaar een gesprek met hen waarin uitleg wordt gegeven over de aard van het programma. Als blijkt dat het aanbod passend is, wordt er getoetst of het voor een instelling haalbaar is om zowel aan de randvoorwaarden te voldoen als aan het verrichten van de noodzakelijke acties om de kwaliteitsbewaking te waarborgen. Er wordt geïnventariseerd wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel genomen moeten worden. Het is van belang om er zeker van te zijn dat (geselecteerde) behandelaars achter het programma staan en er graag mee aan de slag gaan. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er tijdig voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen binnen de instelling. De behandelaren krijgen voor het bevorderen van de implementatie en borging een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De programmaverantwoordelijke krijgt apart uitleg van de hoofdontwikkelaar over zijn taken en verantwoordelijkheden.

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaren als zij de (aangepaste) basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, bovendien bieden de modules en de handleidingen voldoende houvast. In de

opstartfase is het echter wel essentieel dat de programmaverantwoordelijke voldoende werkbegeleiding aanbiedt (afgestemd op de behoefte) en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de hoofdontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van allerlei vragen.

Kosten

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een behandelaar die het Zorgprogramma Vermogen aanbiedt per jongere:

Behandelduur = 50% directe tijd X 50% indirecte tijd (zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met eventuele regiebehandelaar, medebehandelaars, ketenpartners, verwijzers (reclassering), etc. =

Uit dossierinformatie blijkt dat jongeren die geïndiceerd zijn voor “Dit pik ik niet” gemiddeld genomen 43 weken behandeld werden met een gemiddelde duur van 1,03 uur per week, inclusief uitval en no-show, vakantie en ziekte. Stel dat er uitgegaan wordt van een uurloon van 60 euro bruto inclusief alle werkgeverslasten (maar exclusief overhead, kosten huisvesting, etc.) komt het voor een instelling neer op een bedrag van: $43 \times 1,03 \text{ uur} \times 2,2 \text{ (ook 50\% indirecte tijd en reistijd)} \times 60 \text{ euro} = 5846,28$.

Extra tijdsinvestering programmaverantwoordelijke:

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als behandelaar gemiddeld twee uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding en intervisie (als de ingebrachte vraag niet specifiek gerelateerd is aan een jongere) en PR (tenzij dit door een manager wordt gedaan). De tijd zal minder zijn als er met ervaren behandelaars wordt gewerkt.

2 uur X 45 weken (minus vakantie en ziekte) X uurloon bruto inclusief alle werkgeverslasten =

Kosten opleiding

Als er ook een AROPMaat-opleiding is gevolgd dan wordt er nog een extra trainingsdag aangeboden, dit kost 150 euro (exclusief btw) per persoon. Als er geen AROPMaat-opleiding is gevolgd dan betreft het een opleiding van twee dagen (300 euro, exclusief btw). Er kan ook een incompany-opleiding worden aangeboden (1500 euro per dag, exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (hoofdontwikkelaar of andere opleider die hiertoe bevoegd is) door één opleider wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan 16 personen.

De behandelaar die de opleiding volgt is dan één of twee dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Na een jaar wordt er jaarlijks een booster gevolgd. Dit kost wederom per groep 1500 euro (exclusief btw). Er kan eventueel zorggedragen worden voor een gecombineerde booster (AROPMaat en “Dit pik ik niet”).

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf, aangezien het materiaal digitaal wordt aangeleverd), het aanschaffen van de meetinstrumenten en apparatuur om filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te nemen (zie randvoorwaarden).

3. Onderbouwing

Probleem

- *Probleem*

Het gaat om jongeren die vermogensdelicten hebben gepleegd en bij wie de kans op recidive vrij groot is. Bij vermogensdelicten gaat het om verschillende typen delicten die allemaal een materieel gewin als doel hebben. Dit omvat traditionele vermogensdelicten, waarbij fietsendiefstal het meest voorkomt, gevolgd door (poging tot) woninginbraak, diefstal uit een auto, zakkenrollerij, en beroving (CBS Statline, 2021). Diefstallen vormen 90% van de gepleegde vermogensdelicten (Kalidien, 2016). Naast de genoemde traditionele vermogensdelicten, kan er ook sprake zijn van verduistering, oplichting, fraude, en heling. Verder omvatten vermogensdelicten ook bepaalde vormen van cybercrime, zoals digitale identiteitsfraude in de vorm van “skimming” of “phishing”/“pharming”, en digitale koop- of verkoopfraude⁷.

- Het hoge aantal gepleegde vermogensdelicten is nog altijd een probleem voor de samenleving

- (CBS Statline, 2021), bovendien is de kans op recidive hoog bij diefstal en inbraak. Ongeveer 83% van de veroordeelde woninginbrekers heeft al eerder één of meerdere eerdere strafzaken gepleegd ten opzichte van 61% onder alle veroordeelde daders (Beijersbergen et al., 2018). Bij jongeren die vermogensdelicten plegen is bij een deel sprake van een LVB. Het gaat om jongeren die makkelijk beïnvloedbaar zijn, maar voldoende begrijpen om ingezet te kunnen worden door ronselaars. Daarnaast is vaak sprake van meerdere dynamische criminogene risicofactoren, waardoor het bieden van behandeling wenselijk is. Alleen op deze manier kunnen de recidivecijfers worden teruggedrongen.

-

Specifieke kenmerken gericht op prevalentie, geslacht, ernst, en spreiding

In 2015 werden in totaal 75.840 unieke personen verdacht van een vermogensdelict, 16% daarvan (12.280 unieke personen) waren jongeren tussen de 12 en 18 jaar (Kalidien, 2016). De jongeren die verdacht zijn van een vermogensdelict vormen de helft (50%) van het totale aantal minderjarige verdachten. Hoewel de algehele geregistreerde (jeugd)misdaad lijkt te dalen, is het aandeel vermogensdelicten onder de jeugdige verdachten toegenomen; dit was in 2007 nog 40% (Kalidien, 2016). Vermogensdelicten vormen dus een wezenlijk deel van de jeugdcriminaliteit in Nederland.

Van het totaal aantal unieke jongeren dat verdacht werd van vermogensdelicten was 75,4% mannelijk, en 24,5% vrouwelijk (Kalidien, 2016). In het algemeen lijken jongeren vooral tijdens de tienerjaren vermogensdelicten te plegen, rond de leeftijd van 16-18 jaar (Jennissen & Blom, 2007; Tollenaar & Van der Laan, 2013). Oost-Europeanen hebben een iets latere piek, namelijk rond hun 19e. Bij alle etnische achtergronden is een daling te zien in het aantal vermogensdelicten na de tienerjaren. Bij Marokkaanse jongeren begint deze daling iets later dan bij de andere groepen.

Wanneer wordt gekeken naar migratieachtergrond, dan valt op dat jongeren van Marokkaanse komaf vaker vermogensdelicten plegen dan jongeren met andere achtergronden (Blokland et al., 2010; Jennissen & Blom, 2007). Wat betreft jongens hebben Marokkaanse jongens het grootste aandeel in vermogensdelicten, gevolgd door Antilliaanse, Surinaamse, Oost-Europese, en Afrikaanse jongens. Turkse en Nederlandse jongens plegen relatief weinig vermogensdelicten vergeleken bij voorgenoemde achtergronden. Ook bij de meisjes plegen Marokkaanse meisjes de meeste vermogensdelicten, gevolgd door Surinaamse, Turkse, en Antilliaanse meisjes. Ook hier plegen Nederlandse meisjes relatief weinig vermogensdelicten vergeleken met de andere achtergronden. Uit meerdere onderzoeken (e.a. Adriaanse et al., 2014; Xiao et al., 2021) wordt duidelijk dat dit te maken heeft met de sociaaleconomische factoren, zoals een lage sociaal economische status, het ervaren van discriminatie of weinig beschikbare sociale steun, en niet met etniciteit.

Gevolgen

Delictgedrag, waaronder het plegen van vermogensdelicten heeft een grote materiële en immateriële impact voor de maatschappij (Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015). Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is, ook op volwassen leeftijd (Hill et al., 2021; Huesmann, 2018; Wartna et al., 2014). Dit geldt helemaal als het gaat om jongeren met een ernstig delictverleden (Hill et al., 2021). Daarnaast hebben jongeren die crimineel gedrag vertonen een verhoogd risico om als volwassene in een criminele buurt te (blijven) wonen, en contact te onderhouden met drugs gebruikende leeftijdgenoten (e.g., Campbell et al., 2020). Als de

⁷ Koopfraude = niet leveren van goederen of diensten zoals via het internet besteld.

Verkoopfraude = niet betalen voor geleverde goederen of diensten zoals via het internet besteld.

criminaliteit doorzet tot in de volwassenheid, worden ook andere levensdomeinen negatief beïnvloed, zoals een stabiele woonsituatie, een stabiele relatie en een stabiele werkomgeving (Piquero et al., 2010, Jennings et al., 2016, Moffitt, T.E., 2018).

Oorzaken

Het verklarings- en veranderingsmodel van “Dit pik ik niet” is gebaseerd op het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003). Als onderdeel van het model wordt specifiek stilgestaan bij de sociale controletheorie (Hirschi, 1969), de theorie over de kosten-baten analyse (Cromwell & Olson, 2006) en de “general strain theorie”. Deze specifieke theorieën verklaren specifiek hoe het plegen van een vermogensdelict tot stand komt en voort blijft duren en hoe de factoren die het probleemgedrag veroorzaken met elkaar samenhangen.

Biopsychosociaal model

Volgens het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003) is antisociaal gedrag, zoals het plegen van vermogensdelicten, het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische, psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid voor deze factoren. Bij biologische predisposities gaat het bijvoorbeeld om de aanwezigheid van ADHD en een hoge mate van impulsiviteit (Van Horn et al., 2016), maar ook om de aanwezigheid van LVB. De impact van biologische predisposities is groter als er ook sprake is van psychologische problematiek (Bechtold et al., 2014; Shin et al., 2016). Disfunctionele cognities die het gedrag goedpraten (e.g. Loughran et al., 2016) worden bijvoorbeeld gezien als een psychologische factor, evenals cognities die leiden tot een laag zelfbeeld (Mohamad et al., 2018; Zhang et al., 2018) tot de behoefte aan status of ergens bij horen. Ten derde spelen sociale factoren een rol in het BPS-model. Ongunstige sociale omstandigheden hebben een grote invloed op het plegen van vermogensdelicten. Denk aan het hebben van schulden of onvoldoende inkomen.

Sociale controletheorie

De sociale controletheorie van Hirschi (1969) gaat ervan uit dat elke mens geneigd is tot antisociaal gedrag. Sociale en psychologische controlemechanismen worden alleen ontwikkeld als er voldoende positieve bindingen zijn aangegaan die ervoor zorgen dat dit gedrag geremd wordt. Controlemechanismen zijn zowel intern als extern en beïnvloeden elkaar. De externe controle ontstaat door de invloed van familie, buurt, school en maatschappij (zie ook de sociale factoren van het BPS-model). De mate van impulscontrole, emotieregulatie, geloof in eigen kunnen en de aanwezigheid van disfunctionele cognities beïnvloeden de interne controle.

Diverse onderzoeken bevestigen deze theorie en laten de invloed van de sociale omgeving en de wisselwerking hierop m.b.t. het al dan niet ontwikkelen van beschermende of juist risicovolle psychologische factoren. Het plegen van een vermogensdelict komt vaak voort uit een gebrekkige interne controle, zoals een beperkte impulscontrole en cognitieve vervormingen met betrekking tot egocentrisme (Arnett, 1992; Lin, 2016; Mandracchia & Pendleton, 2015). Dit mechanisme wordt sterker als er geen of een beperkte externe controle is of als er sprake is van een negatieve vorm van peer pressure (Lin, 2016). De ervaring leert dat dit nog vaker speelt bij jongeren met een LVB.

Rational Choice Theory

De theorie stelt dat een vermogensdelinquent zijn keuze/gedrag laat afhangen van een afweging van de verwachte kosten en baten van zijn gedrag (Cornish & Clarke, 1986). Kosten zijn hierbij risico's, zoals juridische, financiële, of sociale consequenties, baten zijn hierbij de opbrengsten. De theorie biedt een aanvulling op het BPS, omdat de keuzes beïnvloed worden door de omgeving en cognitieve vervormingen. Er is bijvoorbeeld een integratie met de sociale controletheorie. Sociale controle kan werken als baat voor het plegen van vermogensdelicten, bijvoorbeeld ontzag oogsten bij mede-delinquent sociaal netwerk, of als kostenpost, bijvoorbeeld omdat de sociale contacten delinquent gedrag afwijzen (Cromwell & Olson, 2006). Bij het rational choice proces spelen situationele kenmerken een rol (hoe gemakkelijk wordt het je gemaakt), evenals persoonskenmerken (wordt de situatie als riskant beschouwd) en de aard van het object (hoe gewild is het object).

Strain theory

In de “general strain theory” wordt beschreven hoe stressoren (strains) de kans op negatieve emoties zoals

gevoelens van onrechtvaardigheid en frustratie kunnen vergroten, waaruit delictgedrag voort kan vloeien (Agnew, 2001). De strain kan objectief of subjectief zijn, en kan bestaan uit verschillende zaken, zoals het verliezen van positieve stimuli (verlies van inkomen opvoeder, familielid) of het verkrijgen van negatieve stimuli (afwijzing, armoede, discriminatie) (Agnew, 2001). Strain kan zo leiden tot zwakkere sociale bindingen en risico's in de levensstijl (Op de Beeck, 2011). Delictgedrag is in deze theorie een manier om stressoren te verlichten (financiële strain kan verlicht worden door geld te stelen), wraak te nemen, of negatieve emoties te verlichten (door bijvoorbeeld drugsgebruik, of door de kick van het stelen).

Jongeren die uitsluiting ervaren en thuis te weinig binding ervaren, kunnen erkenning, vermaak en veiligheid gaan zoeken door zich aan te sluiten bij subgroepen/groepen op straat. In deze groepen kunnen bepaalde groepsdynamische processen leiden tot een straatcultuur die ondersteunend werkt voor de ontwikkeling van delinquent gedrag, zoals groepsdruk, vijandigheid jegens buitenstaanders, ervaren slachtofferschap, en loyaliteit (de Jong, 2007). Uit ander onderzoek blijkt dat het verwachte risico op uitsluiting uit de groep voorspellend werkt voor delinquent gedrag van een groepslid (Thau et al., 2015).

Samenvatting

Het gebruikte verklaringsmodel maakt duidelijk welke criminogene risicofactoren een rol spelen bij (de ontwikkeling tot) het plegen van vermogensdelicten door jongeren. De dynamische (veranderbare) risicofactoren die een rol spelen bij de jongere dienen behandeld te worden tijdens de behandeling. Een laag zelfbeeld en het ervaren van stressoren worden niet als een criminogeen risicofactor gezien, maar het beïnvloedt de responsiviteit en werkt als een moderator.

1. De ontwikkeling van vermogensdelictgedrag wordt gezien vanuit een biopsychosociaal model waarin delictgedrag ontstaat vanuit een transactionele interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren, zoals de invloed van opvoeders en andere systeemleden (Bolton & Gillett, 2019; Dodge & Pettit, 2003; Shin et al., 2016). Binnen het biopsychosociale kader wordt er gebruik gemaakt van verschillende theorieën.
2. De sociale controletheorie gaat ervanuit dat ieder mens is geneigd tot antisociaal gedrag, maar dat interne en externe sociale en psychologische controlemechanismen deze neiging tegengaan door betekenisvolle sociale relaties op te bouwen, waaronder de band met de opvoeders (Costello & Laub, 2020; Azhimi, 2013; Capowich et al., 2001; Hirschi, 1969; Kleck & Jackson, 2016).
3. De rational choice theorie stelt dat het plegen van vermogensdelicten kan voortkomen uit een rationeel keuzeproces waarin vermogensdelictgedrag wordt gebaseerd op de afweging van de verschillende kosten en baten (Behl & Steverson, 2022; Cornish & Clarke, 1986; Cromwell & Olson, 2006; Loughran et al., 2016).
4. De general strain theorie beschrijft dat stressoren (strains) de kans op negatieve emoties zoals frustratie en boosheid vergroten, waaruit vermogensdelictgedrag voort kan vloeien (Agnew & Brezina, 2019; Barbieri et al., 2019; Agnew, 2001; Baron, 2004; Op de Beeck, 2011). De impact van stressoren kan worden verminderd als de relatie met opvoeders of andere systeemleden als positief wordt ervaren.

Aan te pakken factoren

Er wordt allereerst gewerkt aan beschermende factoren die kunnen helpen om stressoren en/of risicofactoren te compenseren. Bij "Dit pik ik niet" wordt dit vormgegeven door indien nodig structureel te werken aan de motivatie en het beter toegerust worden om met problemen om te gaan. Daarnaast wordt de module Stressreductie en/of Zelfbeeld ingezet, indien geïndiceerd. Door te werken aan de bijbehorende doelen van deze modules, wordt de responsiviteit (leerbaarheid) verbeterd en wordt het makkelijker om met stressoren om te gaan, maar ook om negatieve groepsdruk te weerstaan. Het verkrijgen van steun (subdoel die meteen vanaf de Startmodule aandacht krijgt) is essentieel en wordt gezien als beschermende factor.

1. De aanwezigheid van een negatieve interactie (gebrek aan passende opvoedingsvaardigheden, teveel conflicten en slecht contact) tussen jongere en opvoeder(s):

Hieraan wordt gewerkt door middel van de drie subdoelen die beschreven staan bij het kopje voor de opvoeders en de drie doelen bij het kopje voor opvoeders en jongeren.

2. De aanwezigheid van een hoge mate van impulsiviteit en een beperkt vermogen tot zelfregulatie (Bechtold et al., 2014; Lee et al., 2017; Shin et al., 2016; Sourander et al., 2007).

Hieraan wordt gewerkt door middel van de twee subdoelen die beschreven staan bij de module Impulsbeheersing en de laatste twee subdoelen die beschreven staan bij kopje "alle modules (...)".

3. *De aanwezigheid van disfunctionele cognitieve vervormingen (Lardén et al., 2006) die het plegen van vermogensdelicten versterken. Denk aan cognities die vooral de baten van het plegen van vermogensdelicten benadrukken (Loughran et al., 2016), egocentrisme, en het 'goedpraten' (Arnett, 1992; Lin, 2016; Mandracchia & Pendleton, 2015) en culturele opvattingen uit een subcultuur (Jennissen & Blom, 2007).*

Hieraan wordt gewerkt door middel van het subdoel dat wordt vermeld bij de module Invloed van het denken.

4. *De aanwezigheid van negatieve groepsdruk vanwege een risicovol netwerk (De Jong, 2007; Lin, 2016), dit wordt versterkt door de behoefte aan erkenning (Thau et al., 2015).*

Hieraan wordt gewerkt door middel van de twee subdoelen die worden vermeld bij de module Straatcultuur, Sociale media en groepsdruk (Weerbaarheid).

5. *De aanwezigheid van ervaren strain/stressvolle gebeurtenissen (Agnew, 2001; Baron, 2004; Op de Beeck, 2010) in combinatie met een laag zelfbeeld (Custers & Engels, 2003; Van Damme, 2011).*

Hieraan wordt gewerkt door middel van de twee subdoelen die worden vermeld bij de module Verminderen van stress.

6. *De afwezigheid van adequate dagbesteding (geen school/werk), met daarbij (relatief) ongunstige sociaaleconomische omstandigheden (Jennissen & Blom, 2007; Kleck & Jackson, 2016).*

Hieraan wordt gewerkt door middel van subdoel 4, zoals beschreven bij kopje 'Alle modules met subdoelen' die vanaf de startmodule aandacht krijgen.

7. *De aanwezigheid van problematisch middelengebruik.*

Hieraan wordt gewerkt door middel van het subdoel dat wordt vermeld bij de module Problematisch middelengebruik.

Verantwoording

Het huidige behandelprogramma maakt gebruik van de RNR-principes (*risk, need en responsivity*, oftewel, het risicoprincipe, behoefteprincipe en responsiviteitsprincipe (Bonta & Andrews, 2017).

Het risicoprincipe houdt in dat de intensiteit van de behandeling wordt afgestemd op het recidiverisico van de jongere. De behandeling van jongeren met een hoog recidiverisico vraagt om een intensievere en langduriger behandeling, dan bij jongeren met een matig recidiverisico. Het behoefteprincipe maakt duidelijk dat de behandeling gericht moet zijn op de specifieke dynamische criminogene risicofactoren die op de jongere van toepassing zijn. Het responsiviteitsprincipe is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij jongeren met delictgedrag effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2017) om de aanwezige risicofactoren te verminderen. Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede afstemming tussen de jongere en de behandelaar (Barber et al., 2010; Taylor et al., 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will et al., 2016). Om dit te realiseren is het van belang dat de behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Willis et al., 2013; Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2017), de behandelmotivatie en de 'leerstijl' van de jongere (Liber, 2022; Weisz et al., 2019; Boendermaker, 2008; Menger & Krechtig, 2008).

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan het Zorgprogramma Vermogen

De RNR-principes zijn zo vormgegeven dat er een behandeling op maat kan worden aangeboden door de duur en intensiteit aan te laten sluiten op het recidiverisico van de jongere en door de needs te behandelen die aan de orde zijn bij de jongere/subdoelgroep. Verder wordt er gewerkt met werkzame elementen die bij jongeren met delictgedrag veelbelovend zijn.

A: Risicobeginsel

Er wordt voldaan aan het risicoprincipe door eerst een risicotaxatie te doen middels de RAF-GGZ-Jeugd. Het is van belang dat de behandelaar met dit instrument ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog tot zeer hoog risicoprofiel. Minstens zo belangrijk is vervolgens het maken van een probleemverheldering (functie- en/of betekenisanalyse). Op deze manier kan de behandelaar beter beschrijven wat de onderliggende problematiek is van het plegen van vermogensdelicten en wordt het mogelijk om de jongere in te delen in een van de drie subdoelgroepen.

B: Behoeftebeginsel

Er wordt aan het behoefteprincipe voldaan door aan de hand van de uitkomst van het risicotaxatie-instrument en informatie van de verwijzer, de jongere en het netwerk⁸, te onderzoeken welke criminogene risicofactoren die in het verklaringsmodel aan de orde zijn gekomen, bij de jongere een rol spelen. Vervolgens wordt maatwerk gerealiseerd door een modulair behandelprogramma aan te bieden dat per subdoelgroep bestaat uit standaard en optionele modules die inspelen op het verminderen van de criminogene risicofactoren die een rol hebben gespeeld bij de ontwikkeling van het plegen van vermogensdelicten. Verder is het nodig om ondersteunende begeleiding/therapie in te zetten parallel aan het zorgprogramma, als er sprake is van kritische risicofactoren die het zorgprogramma niet behandelt door middel van een module. Denk bijvoorbeeld aan het psychiatrisch consult in verband met ADHD of traumagerelateerde klachten. In de algemene programmahandleiding worden adviezen meegegeven over hoe de behandeling van ADHD, problematisch middelenmisbruik en trauma's vormgegeven dient te worden.

C. Responsiviteitsbeginsel

Om aan te sluiten bij de **algemene responsiviteit** van vermogensdelinquenten wordt bij alle subdoelgroepen gebruik gemaakt van cognitief gedragstherapeutische elementen in combinatie met ervaringsgerichte oefeningen en de toepassing van eHealth. Als de module Verminderen van stress en Impulsbeheersing van toepassing is, wordt er ook gewerkt met bewerkte mindfulness-oefeningen.

Cognitief-gedragstherapeutische elementen.

Behandelingen tonen de grootste reductie in recidive wanneer zij een cognitief gedragstherapeutische insteek hebben. De belangrijkste werkzame CGT-elementen zijn het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten, het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Landenberger & Lipsey, 2005; Blake & Hamrin, 2007) en het toepassen van rollenspelen (Lipsey, 2009). Cognitieve gedragstherapie is onder andere gebaseerd op de cognitieve leertheorie, waarin de cognitie en de gedachten centraal staan in combinatie met het begrijpen van emoties (DiGiuseppe et al., 2013).

Mindfulness-oefeningen

Het zorgprogramma "Dit pik ik niet!" zet bewerkte mindfulness-oefeningen in bij jongeren die geïndiceerd zijn voor de module Verminderen van stress en bij de module Impulsbeheersing en in mindere mate bij de module Zelfbeeld. Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet (Howells et al., 2010). Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en een verminderd vermogen tot inhibitie. Pilot-onderzoeken laten zien dat mindfulness-oefeningen kunnen leiden tot een verbeterd zelfbeeld (Samuelson et al., 2007), een verbeterde zelfregulatie (Himelstein et al., 2012) en verbeterde coping (Howells et al., 2010). Het naar buiten en binnen richten van de aandacht helpt meer rust te ervaren, hierdoor kunnen impulsen en dranggevoelens beter worden waargenomen, maar lukt het ook gemakkelijker om er afstand van te nemen. Uit een meta-analyse blijkt dat interventies die gebaseerd zijn op mindfulness leiden tot een reductie (groot effect) van externaliserende gedragsproblemen (Hoogsteder et al., 2022) bij jongeren en vermindering van stress (Himelstein et al., 2012; Morley, 2018; Shonin et al., 2013).

Toepassen van ervaringsgerichte oefeningen, waaronder dramatherapeutische technieken

Bij "Dit pik ik niet" is het toepassen van experiëntiële (ervaringsgerichte) oefeningen essentieel. Denk hierbij aan verschillende vormen van rollenspelen, stoelentechnieken, ontspanningsoefeningen en imaginatie-oefeningen. Het is bekend dat het toepassen van rollenspelen en andere ervaringsgerichte oefeningen effectief is voor het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij adolescenten (Lin & Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016). De ervaringsgerichte technieken worden vooral ingezet voor het verkrijgen van meer inzicht in eigen denkwijze en gevoelens, het reguleren van de emoties en om zo op een andere manier betekenis te kunnen geven aan nare ervaringen. Tevens worden ze ingezet om concreet te oefenen met het innemen van verschillende perspectieven (Walker & Murachver, 2012) en rolinleving in een persoon

⁸ *Mocht het netwerk en zelfbeeld in orde zijn, dan wordt er alsnog ingezet op het versterken van deze factoren, omdat dit de responsiviteit verbetert. Dit betekent dat relevante systeemleden altijd betrokken worden bij het bieden van ondersteuning, onder andere voor het naleven van het preventieplan. Relevante systeemleden zijn dus minimaal betrokken bij het bespreken van het preventieplan en de behandelbeoordelingen en worden uitgenodigd om mee te denken over de probleemanalyse als de jongere dit toestaat.

die tegenovergesteld denkt aan de jongere om zo meer flexibiliteit te bewerkstelligen m.b.t. disfunctionele cognities. Ook wordt het gebruikt om helpende beheersingsvaardigheden te ontwikkelen en om te oefenen met het toepassen van helpende gedachten, waarbij ook aandacht is voor het aannemen van een passende houding die helpt om de gedachte te versterken (en het gedrag dat erbij hoort).

Gebruikmaking van eHealth

Het gebruik van eHealth kan de motivatie voor behandeling vergroten en wordt over het algemeen als positief ervaren door cliënten en behandelaars (Kip et al., 2018; Martens & Metselaar, 2014). eHealth kan ondersteunen in de communicatie tussen de behandelafspraken. Naast dat het gebruik van eHealth effectief is bevonden in de forensische ggz (Siezenga et al., 2022; Kip et al., 2021; Kip et al., 2018) zijn er aanwijzingen dat eHealth-gebruik behandelmotivatie en behandeltrouw kan vergroten (Kip et al., 2020; Naslund et al., 2015). De startmodule wordt standaard ook als eHealth aangeboden. Verder wordt het gebruik van dagboeken gestimuleerd.

Om tegemoet te komen aan de **specifieke responsiviteit**, besteedt het zorgprogramma aandacht aan een responsief aanbod en aan motivatie op maat. Het gaat om de volgende interventies:

a. Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de jongere contact durft aan te gaan (Taylor et al., 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will et al., 2016). Het is essentieel dat de behandelaar de jongere valideert (empathie tonen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999; Holländare, et al., 2016; Voutilainen, et al., 2018). Deze basishouding wordt gedurende de hele behandeling toegepast, het zorgt voor verbinding, een betere emotieregulatie en het vergroot de specifieke responsiviteit (Hoogsteder et al., 2015).

b. Sensitief voor een responsief aanbod

Het zorgprogramma voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, de leerstijl en het leertempo van de jongere. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel jongeren met een laag-gemiddelde intelligentie als voor jongeren met een hoge intelligentie. Rollenspelen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de jongere voor oefeningen die het beste aansluiten op diens leerstijl en interesses. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de jongere. Tevens kan worden gekozen voor verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

c. Verbeteren van zelfeffectiviteit en het geloof in eigen kunnen

De theorie van Bandura (1997) wordt door de behandelaar ingezet om verandering te stimuleren. Bandura stelt dat verbetering in de mate van 'zelfeffectiviteit' een belangrijk mechanisme is voor leren en het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Er zijn diverse aanwijzingen dat het verbeteren van het geloof in eigen kunnen invloed heeft op de motivatie en de behaalde resultaten (Briones-Rodriguez, et al., 2016; Gearhart & Tucker, 2020). Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). Volgens Bandura is er sprake van weinig geloof in eigen kunnen als een mens vele negatieve ervaringen heeft opgedaan. De behandelaar zal om die reden de jongere voldoende empoweren en succeservaringen op laten doen.

d. Doorlopend motiveren

Het is van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jongere en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. "Dit pik ik niet" benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de jongere, zijn omgeving en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Motivatie verschilt per tijdstip en situatie en kan zowel door interne (emotionele en cognitieve) als externe factoren (zoals de mate van responsief aanbod, aanwezigheid van een steunend systeem en mate waarin life events aan de orde zijn) beïnvloed worden (Gale et al., 2018;

Verdonck & Jaspaert, 2009).

Voorbeelden van relevante motivatietechnieken die in het zorgprogramma worden ingezet, zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkaliantie en in voldoende mate valideren (Taylor et al., 2015; Voutilainen, et al., 2018);
2. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit, geloof in eigen kunnen (Briones-Rodriguez, et al., 2016);
3. Er worden hulpbronnen ingezet om verandering te bereiken, zoals ervaringsdeskundigen of steunende systeemleden.
4. Er wordt aangesloten bij het eigenbelang van de jongere. Tot welke nadelen leidt het plegen van vermogensdelicten op de lange termijn voor de jongere?
5. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de leerstijl van een jeugdige (Bonta & Andrews, 2017). Er kan bijvoorbeeld naar behoefte worden gevarieerd met de mate waarin er gewerkt wordt met rollenspelen, rolwisseling, voordoen, gebruik van filmfragmenten, ontspanningsoefeningen, stoelentechnieken, video-opnames, verdiepende vragen, discussiëren).

4. Onderzoek

Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Procesevaluatie van het Zorgprogramma Vermogen voor Jeugd Ambulant: Dit pik ik niet!
Larissa Hoogsteder, Maaïke Vriend en Pim Oomen.
de Waag.
2022.
- B.** In het procesonderzoek wordt eerst beschreven hoe het zorgprogramma tot stand is gekomen en de wijze waarop jongeren ($n = 28$) en opvoeders ($n = 15$) betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van het programma. Dit is gebeurd door eerst de wensen te inventariseren en later door hen feedback te laten geven op de modules.
Tijdens het procesonderzoek werd middels interviews een beeld verkregen van de implementatie van en het draagvlak voor het zorgprogramma bij behandelaren op de verschillende vestigingen van de Waag. Vervolgens is onderzocht of voldaan werd aan de randvoorwaarden van het zorgprogramma, bijvoorbeeld het daadwerkelijk bereiken van de beoogde doelgroep en of behandelaren de kennis en vaardigheden bezitten om het programma uit te voeren zoals beoogd. Ook is door gebruikmaking van dossierinformatie bekeken hoe vaak het programma werd aangeboden aan jongeren die overwegend vermogensdelicten hebben gepleegd en die voldeden aan de indicatiecriteria en hoeveel jongeren er zijn uitgevallen. Verder is het niveau van de programma-integriteit onderzocht.
Om de programma-integriteit te beoordelen is onder andere stilgestaan bij de toepassing van de (potentiële) werkzame elementen tijdens een serie behandelingsessies die over de periode van een maand werden uitgevoerd. Over de hele behandeling is naast de toetsing van de (potentiële) werkzame elementen ook specifiek stilgestaan bij de uitvoering van de eerste twee principes van de RNR-principes (risk, needs, responsivity) en de mate van deskundigheidsbevordering in de vorm van intervisie. Enkele items werden gecontroleerd via dossieronderzoek.
Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van methoden gebruikt, te weten: vragenlijsten/interviews met programmaverantwoordelijken, jeugdige cliënten en hun opvoeders en behandelaren over de uitgevoerde therapieessies, en de uitkomst van de eindevaluatieformulieren om de programma-integriteit over de gehele behandeling te beoordelen.
De procesevaluatie heeft vanaf eind 2019 tot en met augustus 2023 plaatsgevonden. Bij de procesevaluatie zijn 51 jongeren, 10 programmaverantwoordelijken en 23 behandelaren betrokken.
- C.** *Algemene samenvatting*
De procesevaluatie toont aan dat er voldoende draagvlak is voor het zorgprogramma bij behandelaren en programma-verantwoordelijken (PV). Jongeren hebben het zorgprogramma gemiddeld genomen beoordeeld met een 7,6. Er wordt voldaan aan de randvoorwaarden en het niveau van de programma-integriteit (PI) bleek (net aan) voldoende.

Samenvatting randvoorwaarden

Uit de interviews en de evaluatieformulieren blijkt dat aan de randvoorwaarden was voldaan. Dit betekent dat het zorgprogramma in voldoende mate werd aangeboden aan de beoogde doelgroep⁹. Tevens bleken behandelaren de basisopleiding te hebben gevolgd en over de nodige kennis en vaardigheden te beschikken om het zorgprogramma uit te kunnen voeren. Dit bleek uit de ingevulde ontwikkelingsformulieren en/of de functioneringsgesprekken.

Samenvatting niveau programma-integriteit

Het niveau van de programma-integriteit (PI) bleek (net aan) voldoende. Kijkend naar de checklisten die een duidelijk beeld geven of de (potentiële) werkzame elementen tijdens een serie behandelingsessies worden uitgevoerd, werd een gemiddelde score van 75% behaald (hierbij is zowel gekeken naar de score van de behandelaren en de jongeren).

Voor het bepalen van het niveau van de programma-integriteit over het totale behandel aanbod werd op groepsniveau een score van 75,7% gehaald (minimale score van 70% werd vereist). Van de 51 behandelingen bleken er 14 (27,5%) niet goed te zijn uitgevoerd. De hoogste score was 100% en de laagste score 52,6%.

⁹ De procesevaluatie is uitgevoerd bij jongeren die overwegend vermogensdelicten hebben gepleegd.

Bereik doelgroep

‘Dit pik ik niet!’ werd de afgelopen vier jaar aan 123 jongeren aangeboden die voldeden aan de indicatiecriteria en overwegend vermogensdelicten hadden gepleegd. 33 jongeren (26,8%) zijn eerder uitgevallen. Er hebben 51 jongeren informed consent gegeven voor het anoniem gebruiken van dossierinformatie m.b.t. procesevaluaties en eventueel toekomstig onderzoek naar de doeltreffendheid.

Aandachtspunten voortkomend uit de ingevulde checklisten

Een analyse van de ingevulde checklisten door behandelaren en jongeren (78 stuks), liet zien dat er eind 2019 tot en met 2021 te weinig met ervaringsgerichte oefeningen werd gewerkt, vooral aan het begin van de behandel fase. Volgens behandelaren was de behandelrelatie daar nog niet goed genoeg voor. Verder werd in die periode ook de rode draad van de sessie, door het geven van een samenvatting aan het einde van de behandeling, onvoldoende duidelijk gemaakt en werd niet altijd een thuisopdracht, ter ondersteuning van het generaliseren, uitgelegd en meegegeven. Dit laatste werd toen door behandelaren niet altijd nuttig bevonden bij elke sessie, ook vanwege grote weerstand bij de jongere. Later zijn er nieuwe jongeren (15) toegevoegd aan de procesevaluatie. Het wordt duidelijk dat de genoemde aandachtspunten de laatste 9 maanden zijn verbeterd.

Aandachtspunten voortkomend uit de ingevulde eindevaluatieformulieren

Uit de eindevaluatieformulieren werd duidelijk dat het bij 31,4% van de behandelingen niet lukte om jongeren, en eventueel de opvoeders, te motiveren om één of meer netwerkliden te betrekken bij de behandeling voor het verlenen van steun. Behandelaren rapporteerden dat ouders en jongeren hier soms niet open voor staan. Het blijkt overigens bij een kwart van de jongeren wel te lukken om een systeemlid te betrekken als de opvoeder uit beeld is. Daarnaast werd tijdens de tussenevaluatie onvoldoende gescoord op het punt ‘werken aan veiligheid met een veiligheidsplan’.

Tot slot kwamen de intervisies als aandachtspunt uit de eindevaluatie. Dit gold vooral voor de formulieren die tot aan het jaar 2022 zijn ingevuld. De lage score werd volgens behandelaren veroorzaakt door het gegeven dat het moeilijk is om de intervisies structureel aan te bieden, aangezien er al zo veel intervisies zijn. Uit de eindevaluatieformulieren die na 2022 zijn ingevuld komt dit niet meer als aandachtspunt naar voren.

Hoe is er gewerkt aan de verbeterpunten?

In Q4 in 2022 is de uitkomst van de tussentijdse procesevaluatie met de programma-verantwoordelijken (PV) besproken. Dit heeft ertoe geleid dat er werd uitgesproken dat er behoefte was aan een booster voor de PV, gericht op hoe je als PV behandelaren stimuleert om daadwerkelijk ervaringsgerichte oefeningen te gaan toepassen. Deze booster heeft inmiddels plaatsgevonden en de PV hebben dit als steunend ervaren. Zij hebben laten weten dat het nu beter lukt om behandelaren te motiveren en te ondersteunen. Ook zijn er ideeën uitgewisseld over hoe de maandelijkse intervisies interessant blijven. Zo helpt het realiseren van verdiepingsthema's. Denk bijvoorbeeld aan het thema: ‘hoe werk je met jongeren met een LVB in het algemeen en in het bijzonder als zij zich laten inzetten als geldezel?’ of: ‘hoe zorg je voor voldoende aandacht m.b.t. het transcultureel behandelen?’

In 2023 is er tijdens intervisie ook geoefend met het uitleggen van de rode draad van een sessie en er is aandacht geweest voor type thuisopdrachten die je kunt meegeven en die door de meeste jongeren worden geaccepteerd. Denk hierbij ook aan het klaarzetten van dagboeken die ze via een app kunnen bijhouden. Er is verder afgesproken dat er in 2024 stappen gemaakt gaan worden in het evalueren van de LIG-V, vervolgens zal er ook een poging worden gewaagd om de lijst te valideren.

Verder is besloten om de term veiligheidsplan te veranderen in preventieplan en hebben alle voorzitters van het MDO de opdracht gekregen om bij het bespreken van het behandelplan erop te letten dat het preventieplan is opgesteld.

De resultaten van de analyse over alle data die begin oktober 2023 heeft plaatsgevonden, is inmiddels gecommuniceerd aan de programmaverantwoordelijken. In dezelfde maand is er al een presentatie m.b.t. merkkleding en cybercriminaliteit vormgegeven door twee PV en gegeven aan de overige PV. De presentaties worden de volgende twee maanden door de PV gegeven aan de jeugdbehandelaren die met ‘Dit pik ik niet! werken. Verder wordt er onderzocht hoe we nog meer vrijwilligers of professionals kunnen betrekken voor het bieden van steun aan de jongeren.

5. Samenvatting Werkzame elementen

- 1) Toepassen van het RNR-model;
- 2) Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie/werkalliantie;
- 3) Valideren (empathie tonen, vanuit verbinding en vertraging de jongere stimuleren om emoties waar te nemen en te ervaren, zo ook oordeelsvrij onderzoeken wat de ander voelt en denkt);
- 4) De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze (Ward & Heffernan, 2017);
- 5) Doorlopend motiveren door het toepassen van de motivatietechnieken die onderdeel zijn van “Dit pik ik niet” (Gale et al., 2018; Rovers, 2010);
- 6) Het toepassen van cognitieve gedragstherapeutische technieken (Mitchell, Tafrate & Hogen, 2018; Bonta & Andrews, 2017; Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey et al., 2007);
- 7) Het toevoegen van mindfulness-based interventies (e.g., Morley, 2018) en andere vormen van ervaringsgerichte oefeningen;
- 8) Het werken met een preventieplan en een levenslijn;
- 9) Ondersteuning via eHealth-modules en/of online dagboeken;
- 10) Het betrekken van opvoeders en/of andere relevante systeemleden voor het verkrijgen van steun en het naleven van het preventieplan.

6. Aangehaalde literatuur

- Adriaanse, M., Veling, W., Doreleijers, T., & van Domburgh, L. (2014). The link between ethnicity, social disadvantage and mental health problems in a school-based multiethnic sample of children in the Netherlands. *European child & adolescent psychiatry*, 23(11), 1103-1113.
- Agnew, R. (2001). An overview of general strain theory. *Explaining criminals and crime*, 161-174.
- Agnew, R., & Brezina, T. (2019). General strain theory. In *Handbook on crime and deviance* (pp. 145-160). Springer, Cham.
- Arnett, J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*, 12(4), 339-373.
- Azhimi, L. (2013). '(H) echte sociale bindingen?'-Een onderzoek naar de sociale bindingen van migrantenjongeren en hun gedrag in het licht van de sociale controle theorie van Hirschi (Bachelor's thesis, University of Twente).
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 160-162.
- Barber, J.P., Khalsa, S.R., & Sharpless, B.A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J.C. Muran & J.P. Barber's (Eds.) *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Approach to Practice* (pp. 29-43). Guilford Press.
- Baron, S. W. (2004). General strain, street youth and crime: A test of Agnew's revised theory. *Criminology*, 42(2), 457-484.
- Bechtold, J., Cavanagh, C., Shulman, E. P., & Cauffman, E. (2014). Does mother know best? Adolescent and mother reports of impulsivity and subsequent delinquency. *Journal of youth and adolescence*, 43(11), 1903-1913.
- Behl, J. D. & Steverson, L. A. (2022). *Criminal Theory Profiles: Inside the Minds of Theorists of Crime and Deviance*. Routledge.
- Beijersbergen, K.A., Blokdijs, D., Weijters, G. (2018). *Recidive na high impact crimes*. Cahier 2018-3, Wetenschappelijke Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Blake, C. S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(4), 209-221.
- Blokland, A., Grimbergen, K., Bernasco, W., & Nieuwbeerta, P. (2010). Criminaliteit en etniciteit. *Tijdschrift voor Criminologie*, 2, 122-152.
- Boendermaker, L. (2008). De professional als uitvoerder van effectieve interventies. In B. Rovers & M. Kooijmans (Eds.), *Werken met risicjongeren. Handboek voor sociale professionals* (pp. 41-52). 's Hertogenbosch: Drukkerij NPC bv.
- Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments* (p. 149). Springer Nature.
- Bonta, J., Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Briones-Rodriguez, C., Moralez-Martinez, G. E., Santos-Alcantara, M. G., Lopez-Ramirez, E. O., & Urdiales-Ibarra, M. E. (2016). Cognitive algebra underlying high school students self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education*, 8(2), 136-148.
- Campbell, C. A., Barnes, A., Papp, J., D'amato, C., Anderson, V. R., & Moses, N. (2020). Understanding the role of neighborhood typology and sociodemographic characteristics on time to recidivism among adjudicated youth. *Criminal Justice and Behavior*, 47(9), 1079-1096.
- Capowich, G. E., Mazerolle, P., & Piquero, A. (2001). General strain theory, situational anger, and social networks: An assessment of conditioning influences. *Journal of Criminal Justice*, 29(5), 445-461.
- Centraal Bureau voor de Statistiek, Statline, website <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/laatste-update-juni-2021,geraadpleegd-op-10-juni-2021>.
- Cohen, M. A., & Piquero, A. R. (2015). Benefits and costs of a targeted intervention program for youthful offenders: The YouthBuild USA Offender Project. *Available at SSRN 1154055*.
- Cornish, D., & Clarke, R. (1986). Situational prevention, displacement of crime and rational choice theory. *Situational crime prevention: From theory into practice*, 1-16.
- Costello, B. J., & Laub, J. H. (2020). Social control theory: The legacy of Travis Hirschi's causes of delinquency. *Annual Review of Criminology*, 3(1), 21-41.
- Cromwell, P.F & Olson, J.N. (2006), *The Reasoning Burglar, motives and decisionmaking strategies*. Belmont CA: Wadworth Publishing Company (pp. 42-56)

- Custers, K. E., & Engels, R. C. (2003). Delinquentie van adolescenten: De rol van delinquente vrienden en emotionele problemen.
- DiGiuseppe, R., Doyle, K., Dryden, W., & Backx, W. (2013). *A practitioner's guide to Rational-Emotive Therapy (3rd Ed.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Dodge, K.A., & Pettit, G.S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.
- Eisenberg, M.J., Van Horn, J.E., Van der Put, C.E., Hendriks, J. & Stams, G.J.J.M. (2015). Vooronderzoek 'Kernset Risicofactoren Ambulant Behandelde delinquenten'. Voorspellers voor recidive bij ambulant behandelde zeden-, (huiselijk-)gewelds-en vermogensdelinquenten. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Gale, J., Clarbour, J., & Rayner, K. (2018). Psychologists' understanding of the factors influencing successful treatment in a secure forensic environment. *Journal of Forensic Practice*.
- Hill, J., Tollenaar, N., & Weijters, G. (2021). *Ontwikkelingen in de recidive onder jeugdigen*. WODC, Memorandum 2021-1.
- Himmelstein, S., Hastings, A., Shapiro, S., & Heery, M. (2012). Mindfulness training for self-regulation and stress with incarcerated youth: A pilot study. *Probation Journal*, 59(2), 151-165.
- Hirschi, T., (1969). *Causes of Delinquency*. Berkeley, Los Angeles en Londen: University of California Press.
- Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., ... & Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, 3, 1-7.
- Hoogsteder, L. M., Oomen, P., Smeets, N., & Hendriks, J. (2022). A Study on the Effects of Responsive Outpatient Aggression Regulation Therapy for Juveniles. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1-12.
- Hoogsteder, L. M., Van Horn, J. E., Stams, G. J. J. M., Wissink, I. B., & Hendriks, J. (2016). The relationship between the level of program integrity and pre- and post-test changes of Responsive-Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient: A pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(4), 435-455. <http://doi.org/10.1177/0306624X14554828>
- Hoogsteder, L.M., Khubsing, R., Oomen, P. (2021). Procesevaluatie van het zorgprogramma Vermogen voor Volwassenen Ambulant. De Waag.
- Howells, K., Tennant, A., Day, A., & Elmer, R. (2010). Mindfulness in forensic mental health: Does it have a role?. *Mindfulness*, 1(1), 4-9.
- Huesmann, L. R. (2018). An integrative theoretical understanding of aggression: a brief exposition. *Current Opinion in Psychology*, 19, 119-124.
- Jennings, W. G., Rocque, M., Fox, B. H., Piquero, A. R., & Farrington, D. P. (2016). Can they recover? An assessment of adult adjustment problems among males in the abstainer, recovery, life-course persistent, and adolescence-limited pathways followed up to age 56 in the Cambridge Study in Delinquent Development. *Development and Psychopathology*, 28(2), 537-549.
- Jennissen, R. P. W., & Blom, M. (2007). *Allochtone en autochtone verdachten van verschillende delicttypen nader bekeken*. WODC.
- Jonker, F.J.R., Didden, H.C.M., Goedhard, L.E., Korzilius, H.P.L.M., & Nijman, H.L.I. (2021). The Adaptive Ability Performance Test (ADAPT): A new instrument for measuring adaptive skills in people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- Kalidien, S.N (2017). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2016*, Cahier 2017-12, WODC.
- Kip, H., & Bouman, Y. H. (2021). A Perspective on the Integration of eHealth in Treatment of Offenders: Combining Technology and the Risk-Need-Responsivity Model. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 703043.
- Kip, H., Bouman, Y. H. A., Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2018). eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: A review of the current state. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-19.
- Kip, H., Oberschmidt, K., & Bierbooms, J. J. (2020). Ehealth technology in forensic mental healthcare: recommendations for achieving benefits and overcoming barriers. *International Journal of Forensic Mental Health*, 20(1), 31-47.
- Kleck, G., & Jackson, D. (2016). What kind of joblessness affects crime? A national case-control study of serious property crime. *Journal of Quantitative Criminology*, 32(4), 489-513.
- Kuklinski, M. R., Fagan, A. A., Hawkins, J. D., Briney, J. S., & Catalano, R. F. (2015). Benefit-cost analysis of a randomized evaluation of Communities That Care: monetizing intervention effects on the initiation of delinquency and substance use through grade 12. *Journal of Experimental Criminology*, 11(2), 165-192.

- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476.
- Lee, C. A., Derefinko, K. J., Milich, R., Lynam, D. R., & DeWall, C. N. (2017). Longitudinal and reciprocal relations between delay discounting and crime. *Personality and individual differences*, 111, 193-198.
- Liber, J. M. (2022). Evidence-based behandelen bij kinderen en adolescenten. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 2020(3).
- Lin, P. (2016). Risky behaviors: Integrating adolescent egocentrism with the theory of planned behavior. *Review of General Psychology*, 20(4), 392-398.
- Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45-58.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292.
- Lipsey, M. W., Landenberger N. A., & Wilson, S. J. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic Reviews*, 6, 1-27.
- Loughran, T. A., Paternoster, R., Chalfin, A., & Wilson, T. (2016). Can rational choice be considered a general theory of crime? Evidence from individual-level panel data. *Criminology*, 54(1), 86-112.
- Mandracchia, J. T., & Pendleton, S. (2015). Understanding college students' problems: Dysfunctional thinking, mental health, and maladaptive behavior. *Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice*, 17(2), 226-242.
- Martens, M., & Metselaar, S. (2014). Digitale zorg verbindt: Ervaringen, wensen en behoeftes van jongeren en naasten die gebruik maken van ambulante GGz.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *Het delict als maatstaf: Methodiek voor werken in gedwongen kader*. Amsterdam: Uitgeverij SWP/Reclassering Nederland.
- Merton, R. K. (1938). Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*, 3, 672-682.
- Mitchell D., Tafrate R.C., Hogan T. (2018) Cognitive Behavioral Therapy in Forensic Treatment. In: Jeglic E., Calkins C. (eds.) *New Frontiers in Offender Treatment*. Springer, Cham.
- Moffitt, T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature Human Behaviour*, 2(3), 177-186.
- Mohamad, M., Mohammad, M., Mat Ali, N. A., & Awang, Z. (2018). The impact of life satisfaction on substance abuse: delinquency as a mediator. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(1), 25-35.
- Morley, R.H. (2018). The Impact of Mindfulness Meditation and Self-Compassion on Criminal Impulsivity in a Prisoner Sample. *Journal of Police and Criminal Psychology vol 33 (2)*, 118-122.
- Morley, R.H. (2018). The Impact of Mindfulness Meditation and Self-Compassion on Criminal Impulsivity in a Prisoner Sample. *Journal of Police and Criminal Psychology vol 33 (2)*, 118-122.
- Naslund, J. A., Marsch, L. A., McHugo, G. J., & Bartels, S. J. (2015). Emerging mHealth and eHealth interventions for serious mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health*, 24(5), 321-332.
- Op de Beeck, H. (2011). Strain en jeugddelinquentie: een dynamische relatie? Een toets van twee centrale verklaringsmechnismen uit Agnew's General Strain Theory.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(2), 151-173.
- Rovers, B. 2010. "Motiveren en motivatieproblematiek." *Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J., & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-based stress reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal*, 87(2), 254-268.
- Shin, S. H., Cook, A. K., Morris, N. A., McDougale, R., & Groves, L. P. (2016). The different faces of impulsivity as links between childhood maltreatment and young adult crime. *Preventive Medicine*, 158(October 2013), 210-217.
- Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2013). Mindfulness-based interventions: Towards mindful clinical integration. *Frontiers in psychology*, 4, 194.

- Shonin, E.S., Van Gordon, W., Slade, K. & Griffiths, M.D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 365-372.
- Siezenga, A. M., van Gelder, J. L., & van der Schalk, J. (2022). What Works in the Digital Age? VR and Smartphone Applications for Forensic Psychology. *Challenging Bias in Forensic Psychological Assessment and Testing*, 130-157.
- Sourander, A., Jensen, P., Davies, M., Niemelä, S., Elonheimo, H., Ristkari, T., Almqvist, F. (2007). Who is at greatest risk of adverse long-term outcomes? The Finnish From a Boy to a Man study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1148–1161.
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 58-64.
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 240-253.
- Thau, S., Derfler-Rozin, R., Pitesa, M., Mitchell, M. S., & Pillutla, M. M. (2015). Unethical for the sake of the group: risk of social exclusion and pro-group unethical behavior. *Journal of Applied Psychology*, 100(1), 98.
- Tollenaar, N. & Van der Laan, A.M. (2013). *Veelplegers: specialisten of niet?* Den Haag: WODC.

- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., ... & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420-434.
- Van Damme, L. (2011). Zelfbeeld en delinquentie bij schoolgaande jongeren. *Universiteit Gent*.
- Van den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van Horn, J.E., Bogaerts, S., Eisenberg, M.J., Van der Put, C.E., Dekker, J.M., Van den Hanenberg, F.J.A.C. & Bouman, Y.H.A. (2016). Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). Kwaliteit Forensische Zorg.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jongere justitiabelen*.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Frontiers in psychology*, 9, 530.
- Walker, R. F., & Murachver, T. (2012). Representation and theory of mind development. *Developmental Psychology*, 48(2), 509.
- Ward, T., & Heffernan, R. (2017). The role of values in forensic and correctional rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 37, 42-51.
- Wartna, B. S. J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G. H. J. (2014). *Terugval in recidive*. Cahier 2014-16, WODC.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216-237.
- Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S. (2016). You think you are an empathic coach? Maybe you should think again. The difference between perceptions of empathy vs. empathic behaviour after a person-centred coaching training. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 9(1), 53-68.
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse*, 25(2), 123-142.
- Xiao, Y., Romanelli, M., Vélez-Grau, C., & Lindsey, M. A. (2021). Unpacking racial/ethnic differences in the associations between neighborhood disadvantage and academic achievement: Mediation of future orientation and moderation of parental support. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 103-125.
- Zhang, Z. H., Huang, F. R., & Liu, D. H. (2018). Kleptomania: Recent advances in symptoms, etiology and treatment. *Current Medical Science*, 38(5), 937-940.

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.

