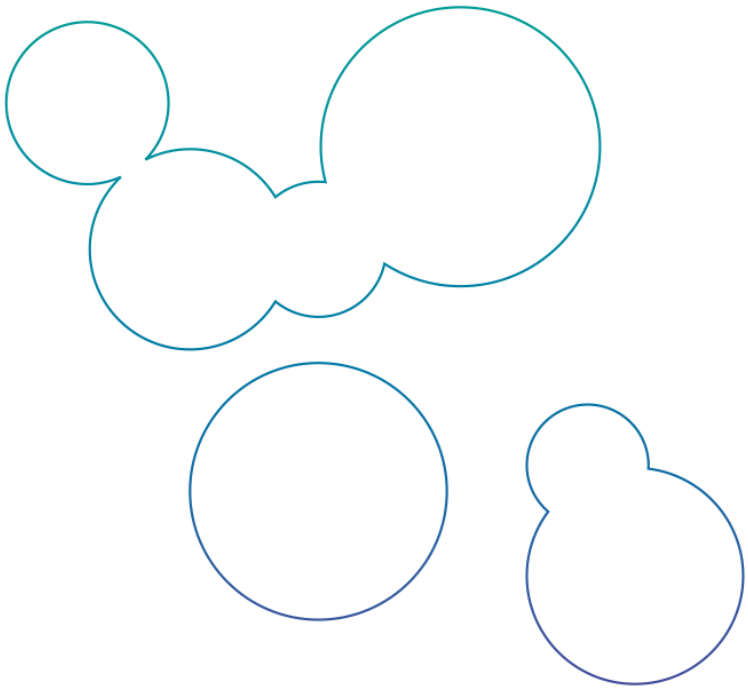
Handleiding

bij het format interventiebeschrijving



Dit is een uitgave van het Samenwerkingsverband Erkenning van Interventies © 2024

Vooraf

Waarom deze handleiding

Erkende interventies zijn succesvolle aanpakken in de zorg, preventie, sport, welzijn en jeugdhulp. Deze handleiding geeft handvatten voor het maken van een interventiebeschrijving om in te dienen voor erkenning. Ook biedt deze handleiding toelichting bij de erkenningscriteria voor betrokkenen bij het erkenningstraject.

- *Voor interventie eigenaren*
  Het maken van een interventiebeschrijving helpt om je interventie beter te onderbouwen, scherper neer te zetten en overdraagbaar te maken. Deze handleiding bevat toelichting bij de verschillende onderdelen van een interventiebeschrijving.
- *Voor erkenningscommissies en praktijkpanels*
  Onafhankelijke erkenningscommissies en praktijkpanels toetsen interventies op kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid. De criteria voor erkenning vind je in de publicatie 'Kies erkend, krijg erkenning. Criteria 2024 – 2027'. Deze handleiding beschrijft welke informatie de interventiebeschrijving moet bevatten om aan de criteria te voldoen.

Via de openbare databanken zijn meer dan 700 erkende interventies beschikbaar. De volledige interventiebeschrijvingen zijn vanuit de databank te downloaden. Gemeenten en (zorg)organisaties kunnen erkende interventies uit de openbare databanken kiezen en toepassen in hun eigen lokale context.

Extra hulpmiddelen

Naast deze handleiding zijn er hulpmiddelen beschikbaar voor het maken van een interventiebeschrijving.

- *E-learning interventie beschrijven*
  Deze online tool is ontwikkeld door RIVM en NJi. De e-learning leidt je stap voor stap door het schrijfproces, met praktische animaties, voorbeelden, opdrachten en tips. Maak in de NSPOH leeromgeving een gratis account aan en kies voor: 'E-learning interventie beschrijven' om met de e-learning te starten.
- *Video interventie beschrijven*
  Deze online video met tips van interventie eigenaar Arjen helpt om je interventie beter te beschrijven en onderbouwen. De praktische video geeft in 20 minuten uitleg voor het beschrijven van je interventie.

Praktische informatie

Lees deze praktische informatie voor het maken of lezen van een interventiebeschrijving.

- *Wat verstaan we onder een interventie?*
  Een interventie die in het erkenningstraject past, is een planmatige en doelgerichte aanpak. Het Nederlands Jeugdinstituut hanteert de volgende definitie: een interventie is een systematische aanpak voor preventie, ondersteuning en hulp bij specifieke risico's en problemen, die theoretisch en praktisch weldoordacht is. Een justitiële interventie richt zich daarbij op het voorkomen of verminderen van crimineel gedrag of recidive daarvan.
- *Gebruik van voorbeelden in deze handleiding*
  In deze handleiding staan diverse voorbeelden van erkende interventies. De volledige beschrijvingen van deze interventies zijn online te vinden in de diverse databanken. Het is niet de bedoeling dat voorbeelden één-op-één worden gekopieerd.
- *Samenhang in de interventie*
  De interventiebeschrijving moet aannemelijk maken dat met de aanpak de beoogde (sub)doelen voor de doelgroep bereikt kunnen worden. Het kan helpen om eerst de samenhang tussen doelen, doelgroep en aanpak binnen jouw interventie helder te hebben, voordat je begint met schrijven.
- *Taalgebruik*
  Formuleer kort en bondig, houd je aan de richtlijn voor het aantal woorden. Wees consequent in je woordkeus. De beschrijving moet leesbaar en begrijpelijk zijn voor potentiële gebruikers van de interventie. Gebruik zoveel mogelijk inclusieve taal (zie tekstkader 'equity' verderop).
- *AVG regelgeving*
  Sinds 2018 is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van toepassing. De interventie eigenaar is zelf verantwoordelijk om zorgvuldig om te gaan met de persoonsgegevens van deelnemers en samenwerkingspartners.

Inhoud

Samenvatting **4**

1. Beschrijving interventie **5**
1.1 Doelgroep 5
1.2 Doel 9
1.3 Aanpak 13

2. Uitvoering **18**

3. Onderbouwing **25**

4. Onderzoek **35**
4.1 Onderzoek naar de uitvoering 35
4.2 Onderzoek naar de effectiviteit 38

5. Praktijkvoorbeeld **43**

6. Aangehaalde literatuur **44**

Samenvatting

(Delen uit) deze samenvatting is/zijn direct zichtbaar op de pagina van jouw interventie in de Databank. Dit is het visitekaartje van je interventie voor gemeenten en (zorg)organisaties. Zorg dat je binnen het aantal woorden blijft.
NB De volledige interventiebeschrijving is vanuit de databank te downloaden als pdf.

Toelichting:

- Een tip is om de samenvatting als laatste te schrijven, nadat je de volledige interventiebeschrijving klaar hebt.

Doelgroep – max 50 woorden

Doel – max 50 woorden

Aanpak – max 100 woorden

Materialen – max 50 woorden

Onderbouwing – max 100 woorden

Onderzoek – max 100 woorden

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden
Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie? Beschrijf ook eventuele subdoelgroepen.

Toelichting:
- Het gaat hier om de einddoelgroep voor wie je uiteindelijk een positieve verandering (van gedrag of omstandigheden) wilt bereiken.
- Beschrijf kort en krachtig de kenmerken van de einddoelgroep van de interventie. Denk hierbij aan geslacht, leeftijd, sociaaleconomische positie, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etniciteit, religie of taal.
- Zijn er ook *subdoelgroepen* waarvoor de aanpak is aangepast? Denk hierbij bijvoorbeeld aan laaggeletterden of mensen met een beperking. Geef dit dan aan.
- Het is in elk geval belangrijk dat de doelgroep goed afgebakend is.

Voorbeeld Sport en Gedrag II
De interventie is gericht op C-, B- en A-junioren die door de tuchtcommissie van de KNVB een schorsing van 6 tot 36 maanden hebben gekregen. Het gaat om jongeren van 12 tot 23 jaar.

Deze spelers hebben zich buitensporig misdragen op of rond het voetbalveld. Daarbij was sprake van verbaal of fysiek geweld, zoals:
- Buiten een duel om de bal trappen; slaan; geven van een kop-, elleboog- of kniestoot; de bal in het gezicht gooien of trappen, ruw wegduwen;
- beledigingen en/of grove uitlatingen;
- uiten van bedreigingen;
- spuwen van en naar iemand.

De gewelddadige handelingen zijn gericht op eigen teamleden, tegenspelers, scheidsrechters, trainers en/of omstanders.

Van een excessieve overtreding kan onder meer sprake zijn indien de overtreding zelf, qua aard of proportionaliteit, als buitensporig en/of ernstig kan worden aangemerkt en/of meerdere overtredingen zijn begaan en/of sprake is van enige toegebracht letsel, dan wel indien de gemaakte overtreding op andere gronden, bijvoorbeeld van de dader kan worden aangemerkt als excessieve overtreding, zulks ter beoordeling van de tuchtrechtelijke organen (KNVB, handleiding Tuchtzaken Amateurvoetbal seizoen 2023/'24).

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)
ARopMaat-JoVo is bedoeld voor meisjes en jongens van 16 tot 24 jaar (bij de residentiële versie tot 21 jaar) met ernstige agressieproblematiek met een IQ boven de 70. Er is sprake van een matig of (zeer) hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieve gedrag is zichtbaar op minimaal twee levensgebieden (gezin, school, vrije tijd) en kan instrumenteel of emotioneel van aard zijn of een combinatie van beide. Het agressieprobleem is onderdeel van psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis, en bij jongeren boven de 18 eventueel (sterke trekken van) een cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik. Er is sprake van (aanhoudende) boosheidsgevoelens, een geringe impulscontrole (executieve functie) en emotieregulatie, beperkte probleemoplossing en disfunctionele cognities die leiden tot agressief gedrag. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie/justitie, de Raad voor Kinderbescherming en/of Jeugdzorg.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden
Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Toelichting:

- De interventie richt zich niet altijd rechtstreeks op de einddoelgroep. Om de einddoelgroep (beter) te bereiken kan een interventie zich ook richten op één of meer intermediaire doelgroepen ('tussendoelgroepen') die in contact staan met de einddoelgroep. Dit kunnen bijvoorbeeld ouders/verzorgers, docenten, vrijwilligers bij een maatschappelijke organisatie of trainers bij een sportclub zijn. Voor interventies gericht op kinderen 0-12 jaar zijn de ouders/verzorgers meestal een intermediaire doelgroep.
- Is er sprake van een intermediaire doelgroep? Beschrijf hiervan dan de kenmerken die relevant zijn voor de aanpak van de interventie. Denk hierbij aan leeftijd, geslacht, sociaaleconomische positie, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etniciteit, religie of taal.
- Er is sprake van een intermediaire doelgroep als de interventie zich richt op (gedrags-)verandering bij deze doelgroep. Voor de intermediaire doelgroep moeten dan ook specifieke (sub)doelen geformuleerd zijn (Hoofdstuk 1.2). Is dat niet het geval dan gaat het om uitvoerders van de interventie. Bij het onderdeel Uitvoering (Hoofdstuk 2.) kun je beschrijven wie de uitvoerders van de interventie zijn.

Voorbeeld Sport en Gedrag II
Ouders van de jongere zijn in deze training de intermediaire doelgroep.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)
ARopMaat-JoVo richt zich ook op de opvoeder(s) van de jongere (indien de jongere thuis woont of daar weer gaat wonen). In de residentiële setting wordt altijd de mentor van de jongere betrokken. Verder worden er relevante netwerkleden betrokken voor het bieden van steun aan de opvoeder(s) en/of de jongere. Leerkrachten worden bij de uitvoering van de interventie betrokken als het agressieve gedrag ook op school aan de orde is.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden
Hoe wordt de (intermediaire) doelgroep geselecteerd? Zijn er inclusiecriteria of contra-indicaties? Zo ja, welke?

Toelichting:

- *Wie* stelt vast of de beoogde deelnemer de vereiste kenmerken heeft voor deelname aan de interventie? En *hoe* gebeurt dat?
    - Hoe verloopt het selectieproces?
    - Wat zijn de inclusiecriteria?
    - Indien van toepassing: welke instrumenten worden gebruikt voor de selectie?
- Over het algemeen hebben interventies exclusiecriteria (*contra-indicaties).* Dit zijn redenen of omstandigheden om de beoogde deelnemer niet toe te laten tot de interventie.
    - Wat zijn de contra-indicaties? Benoem ze puntsgewijs. Denk bijvoorbeeld aan de ernst van het probleem, een bepaalde leeftijd, opleidingsniveau, cognitieve competenties of het tegelijkertijd aanwezig zijn van bepaalde andere problemen of stoornissen.
    - Geef ook aan als er *geen* contra-indicaties van toepassing zijn (zoals bij universele preventie).
- LET OP: *Selectie* van de doelgroep is iets anders dan *werving* van de doelgroep. Werving van de doelgroep is onderdeel van de Aanpak (Hoofdstuk 1.3).

Voorbeeld Sport en Gedrag II
Op basis van de Handleiding Tuchtzaken Amateurvoetbal kunnen de tuchtcommissie en de commissie van beroep de training Sport en Gedrag opleggen. Wanneer dat gebeurt wordt maximaal de helft van straf omgezet in een voorwaardelijke straf indien de training met goed gevolg wordt uitgevoerd. Wanneer de training niet goed wordt uitgevoerd, wordt het voorwaardelijke deel van de straf omgezet in een onvoorwaardelijke straf en moet de jongere de hele straf uitzitten.

De aanklager nodigt de jongere uit en bereidt de stukken voor die de tuchtcommissie gaat behandelen. De voorzitter van de tuchtcommissie hoort de jongere en eventuele getuigen. Als de tuchtcommissie alle

benodigde informatie heeft ontvangen sluit zij het onderzoek. Vervolgens beraadslaagt de tuchtcommissie over de zaak. Deze zittingen zijn niet openbaar en de tuchtcommissie beslist met meerderheid van stemmen.

Wanneer de training Sport en Gedrag II wordt opgelegd, stuurt de aanklager een ingevuld formulier naar Halt en neemt de Halt-medewerker zo snel als mogelijk, maar in ieder geval binnen een week na ontvangst contact op met de jongere om een eerste afspraak te maken.

Indicatiecriteria
Er dient sprake te zijn van problemen op het gebied van agressieregulatie. Verder zijn de criteria beschreven in de Handleiding Tuchtzaken Amateurvoetbal. Het gaat om de volgende criteria:
- Het gaat om een zware overtreding (buitensporig gedrag)
- De leeftijd van de jongere is 12 tot 23 jaar
- Het gaat om handelingen als: (fysiek of verbaal) gewelddadige handelingen, bedreigen, spugen, beledigingen of grove uitlatingen.

Daarnaast kijken de commissies bij het opleggen van training Sport en Gedrag II naar de context van de jongere. Uit onderzoek blijkt dat commissies rekening houden met indicaties als dat de jongere in staat moet zijn tot zelfreflectie, enig schuldbewustheid toont en open staat voor de training (Duijvestijn & Deelen, 2017).

Contra-indicaties
De Halt-medewerker checkt nogmaals op basis van de informatie van de aanklager en het eerste gesprek of de jongere aan de criteria voldoet. Dan gaat het om leeftijd en de gedraging. Daarnaast beoordeelt de Halt-medewerker of er geen sprake is van contra-indicaties.
De volgende contra-indicaties worden gehanteerd:
- De jongere heeft een licht verstandelijke beperking; de Halt-medewerker kan hiervoor de SCIL 14-17 afnemen. Dit doet hij doorgaans wanneer een jongere op schoolniveau VMBO-TL of lager zit.
- De jongere heeft verslavingsproblemen; de Halt-medewerker neemt het Halt-Signaleringsinstrument (Halt-SI, onderdeel van het LIJ) af waarbij middelengebruik een thema is. De Halt-medewerker kan met behulp van de Richtlijn Middelengebruik Jeugdhulp en Jeugdbescherming vast stellen of gebruik zorgelijk genoeg is om de jongere niet de training aan te bieden.
- Het agressieve gedrag van de jongere hangt samen met de opvoedvaardigheden van de ouder(s). De Halt-medewerker schat dit in tijdens het eerste gesprek waar de ouder(s) aanwezig zijn op basis van hoe de ouders het incident beoordelen.
- De jongere beheerst de Nederlandse taal onvoldoende om de opdrachten zelfstandig te kunnen maken. De Halt-medewerker schat dit in tijdens het eerste gesprek op basis van in hoeverre de jongere de medewerker verstaat en begrijpt.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO
Residentieel: Jongeren worden op grond van een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel geplaatst in de inrichting. Vervolgens is de behandelcoördinator (gedragswetenschapper) verantwoordelijk voor het indiceren van een jongere voor ARopMaat-JoVo.

Ambulant: De jongere wordt door de verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Tijdens het intakegesprek wordt vervolgens onderzocht of ARopMaat-JoVo voorlopig geïndiceerd is. De uitkomst wordt bepaald door de regiebehandelaar in overleg met een multidisciplinaire teamoverleg. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld dat leidend is voor de pre-behandelingsfase waarin risicotaxatie en assessment plaatsvinden. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en de inhoud van het behandelplan voor de behandelfase en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld naar de jongere. Het kan dus voorkomen dat, na de pre-behandelingsfase, toch een andere behandeling geïndiceerd blijkt te zijn voor een jongere. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

Algemene criteria (hier moet aan worden voldaan)
1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate, zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jongere heeft een IQ-score van 70 of hoger1 en heeft de leeftijd van 16 tot 21 jaar (residentieel) of 24 jaar (ambulant);

3. De jongere heeft een matig of (zeer) hoog recidiverisico gemeten met een risicotaxatie-instrument (RT). Het gaat residentieel om de SAVRY(Structured Assessment of Violence Risk in Youth; Lodewijks et al., 2003) en ambulant om de RAF-GGZ Jeugd (16- en 17-jarigen) en de FARE bij 18+ (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie);
4. Er is volgens de DSM-5 sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdendgedragsstoornis, een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik.

Verdiepingscriteria
Als de algemene criteria van toepassing zijn, dan dienen er tevens minimaal vier van onderstaande punten van toepassing te zijn:
1. Uit het dossier of het persoonlijkheidsonderzoek is gebleken dat de jongere een geringe agressieregulatie heeft;
2. De agressie wordt wekelijks geuit naar andere personen of materialen (verbaal en/of fysiek) Dit wordt zichtbaar via groepsrapportage en registratie TULP (residentiële setting) of uit informatie van de verwijzer / de jongere en/of relevante systeemleden, zoals de opvoeders;
3. De jongere is meer dan twee keer in zijn leven “blind” van woede geworden en weet dan niet meer wat hij doet;
4. Het agressieve gedrag van de jongere heeft in het recente verleden en/of het heden voor problemen gezorgd op minimaal twee leefgebieden;
5. Het agressieve gedrag van de jongere heeft geleid tot een residentiële plaatsing of een strafrechtelijke of civiele maatregel of (voorwaardelijke) straf;
6. De jongere scoort op de SAVRY hoog op tenminste drie items van de volgende risicofactoren: negatieve gedachtes, impulsiviteit, aandachtstekort, problemen met hanteren van boosheid, ervaren stress en geringe copingvaardigheden (residentiële setting). Bij risicotaxatie via de RAF-GGZ Jeugd geldt een matige tot hoge score op tenminste drie van de volgende items: impulsief / riskant gedrag, geringe copingvaardigheden, problemen met hanteren van boosheid, cognitieve vervormingen en negatieve opvattingen. Bij risicotaxatie via de FARE geldt een matige of hoge score op de items: gebrekkige impulscontrole en een tekort aan oplossingsvaardigheden;
7. De jongere scoort in totaal 40 of hoger op de V-LIG (Verkorte-Lijst Irrationele Gedachten) op de schaal Agressie en Wantrouwen.

Contra-indicaties
1. De aanwezigheid van ernstige suïcidaliteit en/of acute homocidaliteit (ambulante setting) of een acute psychose;
2. De aanwezige problemen zijn alleen veroorzaakt door problematisch middelengebruik (er is sprake van primaire verslavingsproblematiek);
3. Ernstige traumagerelateerde klachten die op de voorgrond staan;
4. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).

Contra-indicatie voor gedeeltelijk aanbieden van groepsbehandelingen
De groepsmodule is niet van toepassing als het werken in een groep te bedreigend is voor de jongere of als uit (dossier)informatie blijkt dat de jongere regelmatig negatief gedrag vertoond in een groep. Hetzelfde geldt als er sprake is van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

Indicatiecriteria optionele modules
Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt gebruik gemaakt van een checklist ‘indiceren optionele modules’ (te vinden in de algemene programmahandleiding) en classificaties die op basis van de DSM-5 of het gebruikte RT-instrument zijn vastgesteld. Zo is bijvoorbeeld de module impulscontrole geïndiceerd als er sprake is van ADHD of ASS of bij een hoge score op impulsiviteit gemeten met de RT. De module Gezin in Beeld is geïndiceerd als de jongere volgens de RAF-GGZ Jeugd matig tot hoog scoort op het functioneren van het gezin.
De contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie, de gebruikelijke screeningsinstrumenten gericht op het signaleren van primaire verslavingsproblematiek en acute psychose en de klinische blik van de behandelcoördinator (residentieel) of regiebehandelaar.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden
Op welke manier was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie?*
**Bij bijvoorbeeld kinderen of mensen met een beperking kunnen dit ook naasten (ouders, mantelzorgers) zijn.*

Toelichting:

- Hoe is de doelgroep en indien van toepassing, de intermediaire doelgroep betrokken geweest bij de (door)ontwikkeling van de interventie? Denk daarbij aan de keuze voor deze interventie, de eerste ontwikkeling ervan, de pilot en/of de doorontwikkeling.
- Beschrijf:
    - Wie was bij welke fase betrokken?
    - Op welke manier gebeurde dat?
    - Hoe is de interventie op basis hiervan aangepast?

Voorbeeld Sport en Gedrag II
Samen met de KNVB heeft Halt de training Sport en Gedrag I ontwikkeld. Deze training is ontwikkeld op basis van elementen uit de Halt-straf. De training Sport en Gedrag I is in een pilot uitgevoerd en getest. PLATO (Universiteit Leiden) heeft hiervoor de handleiding geschreven en DSP-groep heeft onderzoek gedaan naar de pilot. Voor dit onderzoek zijn vijf jongeren die de training hebben doorlopen ondervraagd op hun ervaringen. Dit heeft input gegeven voor het doorontwikkelen van training I en het ontwikkelen van training II.
Uit het onderzoek bleek dat de training en bijbehorende materialen goed voldoen, maar er werden vraagtekens gezet bij de doelgroep. Dit komt omdat training I uitgevoerd wordt op vrijwillige basis en men de veronderstelling heeft dat de jongeren gemotiveerd zijn hun gedrag te veranderen.
Naar aanleiding van deze bevindingen is een intensievere variant ontwikkeld voor een zwaardere doelgroep die op basis van tuchtrecht voor de training in aanmerking komt. Elementen uit de training Sport en gedrag I zijn gebruikt voor Sport en Gedrag II en aangevuld met elementen uit de ART ontwikkeld door Werken met Goldstein. PLATO heeft de onderbouwing voor deze training beschreven (Tönis, 2016). In 2017 is opnieuw onderzoek gedaan door de DSP-groep naar Training I en II. In dit onderzoek zijn jongeren die de training hebben doorlopen gevraagd naar hun ervaringen.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO
Tijdens het (door)ontwikkelen van ARopMaat-JoVo is de doelgroep intensief betrokken geweest. Bij de residentiële versie zijn er verschillende jongeren (N = 18) benaderd voor het bedenken van voorbeeldsituaties en stellingen. Zo zijn de stellingen waarover gediscussieerd wordt tijdens de groepsmodule en de conflictsituaties uit de module Conflicthantering bedacht door de jongeren. Door de jaren heen zijn er verschillende groepen (twee tot vier jongeren) samengesteld die uitgebreid feedback hebben gegeven op het behandelprogramma van beide versies. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot verandering van de naam van de eerste module (nu Startmodule), het veranderen van de plaatjes en vormgeving en het gebruik van meer filmfragmenten en minder tekst. Ook is er een module Zelfbeeld toegevoegd. En groot deel van deze oefeningen stonden eerst in een hoofdstuk bij de algemene programmahandleiding en konden worden aangeboden, indien passend. Jongeren vonden dit vervelend en gaven aan (vooral meisjes) dat ze vonden dat hier een echte module voor moest komen. Ook zijn er ouders benaderd. Hun feedback heeft ertoe geleid dat er in de module Gezin in Beeld meer aandacht wordt besteed aan conflicthantering. Hierdoor is nu het werken met conflictremmers en conflictaanjagers toegevoegd. Voor het krijgen van feedback wordt verder standaard na het afsluiten van de behandeling aan de jongere gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen. Binnen de Waag wordt de feedback die hieruit volgt jaarlijks samengevat en opgevolgd als er punten uitkomen die vaker worden genoemd.

1.2 Doel

Algemene toelichting:

- Een interventie wordt ingezet om een doel te bereiken. Dit kan het voorkomen of verminderen van een probleem of risico zijn of het bevorderen van een positieve ontwikkeling.
- Formuleer het hoofddoel en de subdoelen. Houd hierbij voor ogen welke verandering voor de einddoelgroep bereikt is aan het einde van de interventie/genoemde periode. Maak de doelgroep onderwerp van de zin, vermijd woorden als ‘ondersteunen’ of ‘stimuleren’.

- De (sub)doelen zijn zo veel mogelijk SMART:
    - *Specifiek*: is duidelijk wat de interventie precies verandert en bij wie?
    - *Meetbaar*: is het doel zo geformuleerd dat controleerbaar is of het bereikt wordt? Formuleer concreet, vermijd vage termen (zoals 'zoveel mogelijk')
    - *Acceptabel*: is er draagvlak voor de interventie, vinden betrokkenen de doelen zinvol?
    - *Realistisch*: zijn de doelen haalbaar?
    - *Tijdgebonden*: op welke termijn kunnen de doelen worden behaald?
- Houd er rekening mee dat (sub)doelen aansluiten bij de belevingswereld en de behoeften van de gehele doelgroep, gelet op diversiteit in (bijvoorbeeld) opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal.
- De (sub)doelen in de interventiebeschrijving komen overeen met de (sub)doelen in het handboek voor de uitvoerders. Pas indien nodig de doelen in het handboek aan.

Hoofddoel – max 100 woorden
Wat is het hoofddoel van de interventie? Beschrijf dit zo concreet mogelijk in termen van gedrag van de einddoelgroep.

Toelichting:
- Het hoofddoel verwoordt de (beoogde) eindsituatie. Het gaat om *wat* je uiteindelijk wilt bereiken, je hoeft hier nog niet op te schrijven *hoe* je dit bereikt.
- Het hoofddoel heeft betrekking op de einddoelgroep.

Subdoelen – max 350 woorden
Wat zijn de subdoelen van de interventie? Beschrijf deze zo concreet (SMART[1]) mogelijk.
Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke subdoelgroep(en) of intermediaire doelgroep(en)? Geef voor elke intermediaire doelgroep minimaal één subdoel aan.

Toelichting:
- Subdoelen zijn een concretisering van het hoofddoel. Alle subdoelen samen dragen bij aan het bereiken van het hoofddoel. Het figuur hieronder visualiseert dat.
- Subdoelen kunnen betrekking hebben op de einddoelgroep, maar ook op de subdoelgroepen of de intermediaire doelgroepen (zie Hoofdstuk 1.1). Als dat het geval is, benoem dan welk subdoel bij welke subdoelgroep of intermediaire doelgroep hoort.
- Zijn er veel doelgroepen met eigen subdoelen, maak dan eventueel een schema om de subdoelen per doelgroep en de onderlinge samenhang tussen de subdoelen te visualiseren.

[1] SMART = specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden

Voorbeeld Sport en Gedrag II

Hoofddoel

De training Sport en gedrag II heeft tot doel het voorkomen van recidive van ongewenst (verbaal en/of fysiek) agressief gedrag op en rond het voetbalveld door bewustwording van het gedrag en de gevolgen daarvan, het versterken van vaardigheden en het handhaven van de binding tussen jongere en de vereniging.

Subdoelen

Om dit hoofddoel te kunnen bereiken, wordt er gewerkt met een zestal subdoelen. Tijdens het laatste gesprek evalueert de Halt-medewerker samen met de jongere het gehele traject. De Halt-medewerker bespreekt met de jongere aan de hand van het voortgangsformulier de startsituatie en hoe de jongere er nu tegenaan kijkt.

Subdoel 1: Jongere heeft kennis en inzicht in het vertoonde agressieve gedrag en de gevolgen daarvan, dit uit zich in:

- De jongere kan verwoorden wat er is gebeurd, van aanleiding voor zijn gedrag tot en met de gevolgen daarvan en wat hierbij niet kan/mag.

Subdoel 2: Jongere heeft kennis en inzicht in sportief en onsportief gedrag, dit uit zich in:

- De jongere kan benoemen wat de betekenis is van sportief en onsportief gedrag in het voetbal en daarbuiten, spelregels en (on)sportief gedrag, de betekenis en de gevolgen van overtredingen voor zichzelf en anderen.
- De jongere heeft inzicht in de relatie tussen wat hij heeft gedaan en sportiviteit, zijn eigen sportieve en minder sportieve kanten, meerwaarde van sportief gedrag en maatregelen om sportief gedrag te bevorderen.

Subdoel 3: Jongere is zich bewust van het belang van excuus en kan op adequate1 wijze excuus aanbieden aan het slachtoffer.

- De jongere neemt verantwoordelijkheid voor zijn gedrag.

Subdoel 4: Jongere is beter in staat om boosheid te herkennen en kan alternatief prosociaal gedrag laten zien, dit uit zich in:

- De jongere heeft inzicht in achtergrond en ontstaan van verbaal-fysiek agressief gedrag (in het algemeen en bij zichzelf).
- De jongere weet hij hoe hij boosheid herkent: is in staat tot het benoemen van triggers in een situatie die boosheid (kan) oproepen, van lichamelijke signalen (bij anderen en zichzelf) en ook van individuele prikkels die boosheid/woede opwekken.
- De jongere weet hoe hij boosheid/woede prikkels en innerlijke signalen van boosheid kan voorkomen/controleren/ombuigen.
- De jongere kent strategieën waarmee kan voorkomen dat in soortgelijke en andere situaties volgens oude ongewenste gedragspatronen wordt gehandeld.
- De jongere kan ontspanningsoefeningen adequaat uitvoeren, geheugensteuntjes toepassen, hardop vooruit denken en alternatief positief (de-escalerend) gedrag laten zien.

Subdoel 5:Jongere handhaaft binding met de vereniging, dit uit zich in:

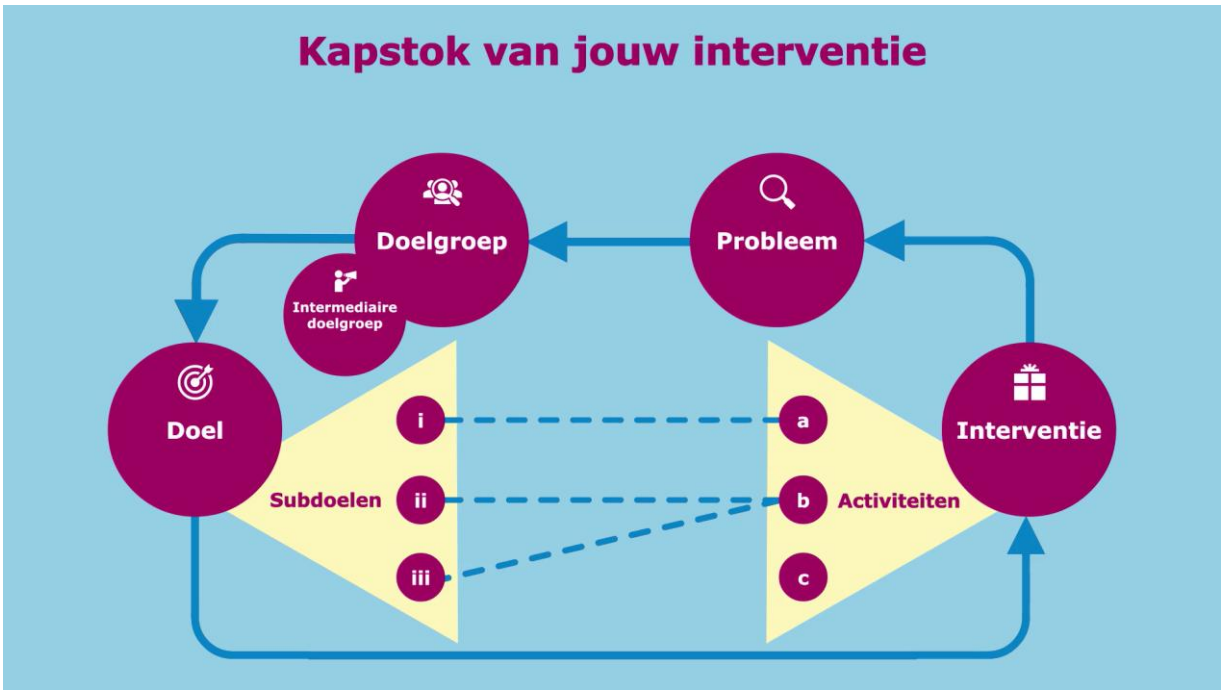
- De jongere blijft na de training verbonden met voetbal en/of een andere sport.
- De jongere kan na de training (weer) op sportieve wijze deelnemen aan het verenigingsleven.

Subdoel 6: Jongere reflecteert op zijn kennis en ervaringen, dit uit zich in:

- De jongere kan (beter) 'bewust nadenken' m.b.t. de onderdelen van de training: zijn eigen denken en handelen (beter) bewust analyseren, evalueren en reorganiseren en hieruit conclusies trekken voor toekomstig denken en handelen.
- De jongere kan deze conclusies inzetten in nieuwe situaties.

Met betrekking tot de intermediaire doelgroep geldt het volgende doel:

- Ouders zijn betrokken bij de training. Hiermee wordt het effect van de training op bewustwording, ontwikkeling van prosociaal gedrag en de binding met de vereniging vergroot.


Kapstok van jouw interventie
Doelgroep
Intermediaire doelgroep
Probleem
Doel
Interventie
Subdoelen
i
ii
iii
a
b
c
Activiteiten

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 300 woorden
Hoe is de opzet van de interventie? Beschrijf op hoofdlijn de fasen, bijvoorbeeld (1) voorbereiding/ werving (2) uitvoering en (3) afronding/ borging. Wat is per fase de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)? Voeg hier eventueel een schema in.

Toelichting:

- Beschrijf hier op hoofdlijn de opzet van de interventie (vorm, opbouw en omvang). De activiteiten in de interventie zorgen er samen voor dat de doelen worden bereikt. Het figuur hierboven visualiseert dat.
- De vorm: wat voor type interventie is het? Bijvoorbeeld een lespakket, een e-learning module, individuele begeleiding, groepsbijeenkomsten of een wijkinterventie met meerdere onderdelen.
- De opbouw: uit welke fases of stappen bestaat de interventie? De meeste aandacht gaat vaak uit naar de uitvoering van de interventie. Vergeet niet om ook de fasen: voorbereiding/ werving en de afronding/ borging te beschrijven. Beschrijf binnen elke fase wat er gebeurt. Bijvoorbeeld: verschillende themabijeenkomsten, onderdelen of modulen die in een bepaalde volgorde worden uitgevoerd. Als de aanpak van een interventie veel aparte onderdelen heeft, maak dan een schema om de structuur of de samenhang tussen de onderdelen te visualiseren.
- De omvang en intensiteit van de interventie. Bijvoorbeeld: duur/doorlooptijd, aantal en frequentie van de contacten. Geef dit waar nodig aan per fase. Zijn de duur en het aantal contacten variabel? Geef dan een gemiddelde of wat gebruikelijk is.
- LET OP: Schrijf actief zodat duidelijk is wie welke rol heeft. Welke organisatie of welk soort professional voert welk onderdeel uit? Wie is aanvrager of initiatiefnemer van de interventie?

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO
Algemeen
ARopMaat-JoVo bestaat uit een residentiële en ambulante versie en is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van de RNR-principes (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing), een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen), waarbij continu aandacht is voor het motiveren.

Fasering
ARopMaat-JoVo bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. (Voorlopige) indicatiestelling: Meer informatie over het indiceren en de betrokken behandelaren is te vinden onder het kopje Indicatiecriteria. In een ambulante setting wordt tijdens deze fase aan de hand van dossierinformatie en een intakegesprek bepaald of er sprake is van een voorlopige indicatie. Er wordt dan een initieel behandelplan opgesteld voor de volgende fase. In een residentiële setting is er al een risicotaxatie uitgevoerd, waardoor in deze fase al voldoende informatie beschikbaar is om definitief te indiceren.
2. Pre-behandeling: Bij beide versies is deze fase gericht op het aangaan van een behandelrelatie, motiveren, empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het verzorgen van psycho-educatie, inzicht krijgen in de agressieketen en het indiceren van optionele modules. In de ambulante setting wordt nu echter ook zorggedragen voor RT, assessment en zo nodig verdiepende diagnostiek. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie (ambulante setting) en diagnose gesteld en een definitief behandelplan voor de volgende fase. Voor beide versies geldt dat de eerste twee fasen in totaal niet meer dan twaalf weken in beslag mogen nemen.
3. Behandeling: Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt, indien van toepassing, ook een signaleringsplan (gericht op stress of andere negatieve emoties) opgesteld. De duur van deze fase varieert en is afhankelijk van het recidiverisico van de jongere en het leertempo. De praktijk leert dat jongeren die ARopMaat aangeboden krijgen, gemiddeld genomen (kijkend naar beide versies) een behandeling van 48 weken ontvangen (exclusief de nazorgfase).
4. Afronding van de behandeling: Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling in voldoende mate zijn behaald. In deze fase wordt er een toekomstplan opgesteld (of geactualiseerd) en vindt er een eindevaluatie plaats;
5. Nazorg:

Residentieel:

a. Als de jongere de behandeling afrondt, maar hij/zij nog niet op STP (scholings- en trainingsprogramma) of proefverlof gaat, wordt tenminste drie maanden lang, elke maand een individuele terugkomsessie aangeboden. Hierin worden de aangeleerde vaardigheden geëvalueerd en eventueel aanvullende oefeningen meegegeven. Mocht een jongere vervallen in oud gedrag, dan wordt de individuele begeleiding geïntensiveerd.
b. b. Als een jongere de inrichting heeft verlaten krijgt elke jongere standaard om de week telefonische begeleiding van de behandelaar voor de duur van drie maanden. Dit wordt geïntensiveerd als er terugval dreigt.

Ambulant:
De lengte van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling en kan twee tot vier maanden duren, tenzij tijdens deze periode blijkt dat de periode verlengd moet worden, omdat er sprake is van terugval. De intensiteit van de contactmomenten varieert, dit hangt af van de problemen die spelen en de behoefte aan en noodzaak van begeleiding.

Standaard en optionele modules
Voor het bieden van maatwerk bestaan beide versies uit een set standaard modules (Startmodule, Beheersingsvaardigheden, Invloed van het Denken, en de module Assertiviteit) en een aantal optionele modules (Stressreductie, Impulscontrole, Waarnemen en Interpreteren, Emotieregulatie, Conflicthantering, Zelfbeeld en Partner in Beeld). De groepsmodule is bij de ambulante setting optioneel en bij residentiële setting verplicht (in die setting kun je nauwkeuriger zorgdragen voor een functionele groepssamenstelling. Als groepsgericht werken contra-geïndiceerd is, dan wordt de inhoud individueel aangeboden). De module Gezin in Beeld wordt in de residentiële setting aangeboden als de jongere weer naar huis terugkeert en in de ambulante setting als de jongere thuis woont. De jongere dient hier echter wel mee akkoord te gaan.

Frequentie en duur
Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / veranderen. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico en een jongere die langzaam leert (bijvoorbeeld door een laag IQ of ADHD). De groepstraining duurt anderhalf uur en bestaat uit 10 bijeenkomsten. De duur van de interventie kan afhankelijk van het leertempo en de ernst en/of hardnekkigheid van de problematiek variëren van vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden
Beschrijf per fase: welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.
Beschrijf - indien van toepassing - op welke manier de aanpak aansluit bij de diversiteit van mensen binnen de (sub)doelgroepen en hun verschillende uitgangsposities (equity).
Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Toelichting:
- Wat gebeurt er binnen de verschillende onderdelen, stappen of fasen van de interventie? Denk hierbij ook aan de werving van deelnemers, evaluatie en nazorg/borging.
- Beschrijf de belangrijkste zaken die de lezer moet weten om een beeld te krijgen van de uitvoering van de interventie. Wees kort en bondig en verwijs voor meer informatie naar het handboek voor de uitvoerder(s). Schrijf actief, zodat duidelijk is wie wat doet in de interventie.
- Welke onderdelen zijn verplicht en welke optioneel? Welke activiteiten zijn minimaal nodig om de gestelde doelen te behalen? Is er geen sprake van optionele onderdelen, geef dit dan aan.
- Is het een interventie op maat? Zo ja: Welke activiteiten worden op maat worden uitgevoerd, en welke criteria zijn er voor de invulling daarvan? Is er geen sprake van een interventie op maat, geef dit dan aan.
- Als de beschrijving te lang wordt, geef dan enkele typerende voorbeelden. Verwijs voor meer informatie naar het handboek voor de uitvoerder(s).
- Hoe houdt de aanpak rekening met verschillende uitgangsposities van (sub)doelgroepen (zoals voor opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal)? Zie tekstkader.

Tekstkader: equity

Algemene informatie
Met dit criterium geven we invulling aan diversiteit en inclusie in het erkenningstraject en de toetsing van interventies. Diversiteit kan breed worden opgevat, denk bijvoorbeeld aan achtergrond, geslacht, leeftijd, religie, etniciteit, beperkingen of andere kenmerken.

Waarom?
In lijn met de definitie van een interventie, draagt de interventie bij aan een positieve verandering voor de (sub)doelgroepen. Om dat te kunnen doen, is het belangrijk dat de aanpak rekening houdt met de diversiteit van mensen, inclusief hun eventuele verschillende uitgangsposities die van invloed kunnen zijn op deelname aan of resultaten van de interventie (*equity*). Dit voorkomt uitsluiting van mensen en zorgt ervoor dat individuen gelijke en eerlijke kansen hebben om van de interventie te profiteren.

Wanneer?
Het is belangrijk om bij de ontwikkeling, beschrijving en uitvoering van elke interventie actief na te denken of bepaalde belangrijke doelgroepen, die wel worden beoogd, door hun uitgangspositie mogelijk niet of minder bereikt worden door de interventie. En om in de interventie(materialen) taal te gebruiken die niet als kwetsend of uitsluitend wordt ervaren.
Aandacht hiervoor is ook belangrijk als er geen aparte subdoelgroepen zijn beschreven.

Hoe?
Hoe interventies invulling geven aan dit diversiteitscriterium kan sterk uiteenlopen. Uitgangspunt is dat in de interventiebeschrijving wordt beschreven of, en zo ja hoe in de aanpak rekening wordt gehouden met mogelijke verschillen tussen mensen binnen de doelgroep (diversiteit). En zo nee, waarom dit niet nodig is.

Internationaal wordt het ethische principe *equity* gebruikt om de aandacht voor diversiteit en verschillende uitgangsposities in interventies te beoordelen. Een gelijke aanpak (*equality*) leidt niet altijd tot gelijke resultaten. In dat geval kan het nodig zijn om in de interventie iets anders of iets extra te doen om tot dezelfde impact te komen (*equity*).

- Zo kan het zijn dat dezelfde aanpak bij mensen met een licht verstandelijke beperking anders uitpakt dan bij mensen zonder een licht verstandelijke beperking. Hetzelfde geldt voor mensen met of zonder een migratieachtergrond, of tussen mensen met verschillende genderidentiteiten.
- Of dat deelname aan een interventie structureel niet mogelijk is omdat activiteiten bijvoorbeeld plaatsvinden op een dag dat zij normaal gesproken naar de kerk of moskee gaan.
- Of dat de kans op deelname door bepaalde subdoelgroepen vergroot wordt, als er naast gemengde ook ongemengde trainingsgroepen aangeboden worden.

Beschrijf dus, indien relevant, hoe er in de interventie voor gezorgd wordt dat alle (sub)doelgroepen ondanks eventuele verschillende uitgangsposities op dezelfde manier kunnen profiteren van de interventie.

Naast aandacht voor eventuele inhoudelijke of praktische aanpassingen in de aanpak, draagt ook inclusieve taal bij aan equity. Inclusief taalgebruik vermijdt het gebruik van termen die als kwetsend of uitsluitend ervaren kunnen worden. Door inclusieve taal te gebruiken in de interventiebeschrijving én in de onderliggende materialen benader je mensen op een juiste, respectvolle manier. Je erkent zo de diversiteit aan mensen en (sub)culturen en de veranderlijkheid ervan en het stelt je in staat om met meer mensen (effectief) te communiceren.
Enkele voorbeelden:

- Gebruik de *meervoudsvorm* of *je-vorm* in plaats van hij/zij en zijn/haar. Of spreek van *personen, uitvoerders of deelnemers*.
- Gebruik *partner* in plaats van man/vrouw/echtgenoot/echtgenote.
- Spreek over *mensen met of zonder een migratieachtergrond* in plaats van over allochtonen en autochtonen.
- Problematiseer personen en bevolkingsgroepen niet. Gebruik bijvoorbeeld *mensen in een kwetsbare positie* of *gezinnen met meervoudige en complexe problemen*, in plaats van kwetsbare mensen of multi-probleemgezinnen.

- Vermijd validisme (taal die vooroordelen over mensen met een beperking in stand houdt). Gebruik bijvoorbeeld *persoon met een beperking* in plaats van invalide/mindervalide.
- Ook beeldgebruik in onderliggende materialen kan (onbedoeld) stereotyperend zijn. Niet alle moslima's dragen een hoofddoek, niet alle beperkingen zijn zichtbaar, een gezin met migratieachtergrond hoeft niet altijd zwart of moslim te zijn maar kan ook 'mixed race' of wit zijn.
  Gebruik daarom diverse beelden in onderliggende materialen.

Tip: taal is veranderlijk. Op de website van het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) zijn actuele informatie en praktische tips te vinden over inclusieve communicatie.

Voorbeeld Sport en Gedrag II

Voorbereiding op de training door de Halt-medewerker

De Halt-medewerker bereidt de training voor en maakt tijdens het telefonisch voorgesprek een afspraak met de jongere. In het telefonisch voorgesprek licht de Halt-medewerker kort toe wie hij/zij is en wat zijn/haar rol is, hoe de training er uit zal zien en benadrukt het belang van de aanwezigheid van de ouders bij het eerste gesprek.

Reconstructie van gedrag en oriëntatie op prosociaal en sportief gedrag

Eerste bijeenkomst

De eerste bijeenkomst is het moment waarop de speler (en eventueel ouder(s)), kennis maakt met de training en zijn/haar begeleider. Met dit gesprek wordt een basis gelegd om met elkaar (begeleider en speler) aan de slag te gaan.

Test jezelf! Welk type voetballer ben ik?

Tijdens de bijeenkomst maakt de speler een test. Door het maken, nakijken en bespreken van deze test oriënteert hij zich op wat voor type voetballer hij is in termen van sportiviteit.

Gesprek bij What's Up foto/ video-opdracht

De Halt-medewerker gaat met de speler in gesprek over allerlei situaties die zich bij het voetbal kunnen voordoen, waarbij het tevens gaat over geschreven en ongeschreven regels binnen het voetbal (en de voetbalvereniging). Dat gebeurt aan de hand van What's Up foto/ video opdracht. De speler en Halt-medewerker verkennen samen wat (nog net) wel en wat (net) niet meer kan. Waarom de ene situatie uit de hand loopt en de andere niet en wat daarbij de rol van (on)sportief gedrag is.

Daarnaast introduceert de Halt-medewerker de excuusopdracht en wordt de vervolgopdracht besproken en meegegeven. Er zijn verschillende vervolgopdrachten beschikbaar en tijdens deze bijeenkomst wordt de opdracht gekozen en voorbereid. Sommige spelers doen de opdracht zelfstandig thuis. Andere spelers (die wat meer begeleiding nodig hebben) doen deze opdracht tijdens de volgende bijeenkomst samen met de Halt-medewerker. De Halt-medewerker bepaalt welke vervolgopdracht(en) de speler moet maken. In deel 2 van dit handboek staat de selectiecriteria voor de Halt-medewerker beschreven om de juiste opdracht(en) te kunnen kiezen.

Tweede bijeenkomst

De nabespreking van de vervolgopdracht vindt plaats tijdens de tweede bijeenkomst.

Tevens wordt de excuusopdracht besproken en het excuus aanbieden geoefend. Wanneer de speler meerdere vervolgopdrachten moet maken, krijgt hij tijdens deze bijeenkomst nog een vervolgopdracht.

Excuusgesprek

Na de tweede bijeenkomst biedt de speler face-to-face zijn excuses aan. De Halt-medewerker maakt daarvoor een afspraak met het slachtoffer en bereidt het slachtoffer voor op het excuusgesprek.

De Halt-medewerker gaat met de speler mee naar het excuusgesprek en bespreekt het direct met de speler na.

Boosheidscontrole

In acht sessies gaat de speler aan de slag met de boosheidscontroleketen. Er wordt achtereenvolgens aandacht besteed aan:

1. ABC-schema van agressie
2. Triggers en lichamelijke signalen

3. Ontspanningstechnieken
4. Geheugensteuntjes
5. Vooruitdenken
6. Cyclus van boosheid en gedrag
7. Sociale vaardigheden
8. Zelfevaluatie.

Elke sessie kent dezelfde opbouw. Na een terugblik op de vorige sessie en een korte introductie op het te behandelen deel uit de boosheidscontroleketen, gaan de Halt-medewerker en de speler oefenen. Tussen de sessies door wordt de speler geacht in het conflictdagboek lastige situaties op te schrijven.

Werkopdracht bij de vereniging

De speler voert een werkopdracht uit op de vereniging. Op die manier kan hij/zij iets terug doen voor de vereniging en behoudt hij/zij binding met de club. De hoogte van de schorsing bepaalt de duur van de werkopdracht.

Voorbeelden van werkopdrachten zijn helpen bij de organisatie van een toernooi, het fluiten van een wedstrijd, het helpen van een coach bij (een) training(en), etc.

Het is wenselijk dat de speler zoveel mogelijk van de werkopdracht leert. Bij voorkeur kunnen onderdelen uit de boosheidscontroletraining geoefend/herkend worden. Dit kan bijvoorbeeld zijn door:

- Meelopen / assisteren van de scheidsrechter op een aantal wedstrijddagen;
- Meehelpen / assisteren bij trainingen van een jeugdteam/jeugdteams, onder begeleiding van de coach/trainer;
- Schouwen van een wedstrijd(dag) en het schrijven van een verslag met daarin componenten uit de boosheidscontroletraining; Wat waren externe triggers? Was er spanning tussen spelers? Wat zag je? Waren er incidenten, en zo ja, wat gebeurde er? Wat kun je deze spelers adviseren? Wat heb je geleerd van het gericht bekijken van deze wedstrijd?

Evaluatiegesprek

In dit laatste onderdeel van de training maakt de speler samen met de Halt-medewerker de balans op. Het accent ligt daarbij op hoe de speler gaat voorkomen dat hij weer de fout in gaat, en hoe hij zich verder wil ontwikkelen als sportieve voetballer. Hij maakt een gedragscode voor zichzelf. Aan het eind van het gesprek ontvangt de speler een certificaat. Om het leereffect verder te laten reiken, kan er voor worden gekozen het evaluatiegesprek op de club te doen met de coach/trainer van de jeugdige. Indien dit niet haalbaar is, kan de coach/trainer ook uitgenodigd worden op de Halt-locatie. Een warme overdracht brengt de coach/trainer op de hoogte van de aandachtspunten van de speler en bevordert alertheid bij de trainer, zodat hij de speler kan helpen hier op te blijven focussen in de toekomst.

Er is (optioneel) een samenvatting van BCT (boosheidcontroletraining) aanwezig die als hand-out kan worden meegegeven aan de speler, zodat hij/zij alle tips en tricks mee kan nemen. Deze is te vinden op de HINT pagina Halt en Sport.

Afronding

De Halt-medewerker stuurt in het geval van een positieve beoordeling binnen drie werkdagen een positief advies in de vorm van een (gemotiveerd) positief afloopbericht aan de tuchtcommissie. Bij een negatieve beoordeling stuurt de Halt-medewerker binnen drie werkdagen een (gemotiveerd) negatief afloopbericht aan de tuchtcommissie.

Ouders

De Halt-medewerker spreekt de ouder tijdens het telefonisch voorgesprek en geeft daarin aan dat het de bedoeling is dat ouder(s) aanwezig zijn bij het eerste gesprek. Tijdens het eerste gesprek wordt de overtreding besproken en afspraken gemaakt. Het is van belang dat de ouder(s) hierbij aanwezig zijn zodat ze inzicht krijgen in het gedrag van hun kind.

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden
Welke materialen zijn beschikbaar voor de werving, uitvoering en evaluatie van de interventie? Voor wie zijn de materialen bestemd en waar zijn ze verkrijgbaar? Geef een opsomming.

Toelichting:

- Het gaat hier om materialen die direct ondersteunend zijn aan de interventie, denk bijvoorbeeld aan:
    - Materialen voor de werving van deelnemers: bijvoorbeeld flyers, TV spotjes, website;
    - Een ondersteunende website voor uitvoerders en/of deelnemers;
    - Een handboek of protocol voor uitvoerders van de interventie;
    - Materialen voor deelnemers: bijvoorbeeld een werk- of cursusboek, een e-learningmodule, beeldmateriaal;
    - Materialen voor de evaluatie van de interventie: bijvoorbeeld een plan van aanpak voor een procesevaluatie, vragenlijsten, een monitoringssysteem.
- Het handboek voor uitvoerders moet meegestuurd worden met deze interventiebeschrijving. Samen met de procesevaluatie zijn dit de verplichte documenten om erkenning aan te vragen. Geef de documenten die je meestuurt een logische, herkenbare naam die je ook gebruikt in deze interventiebeschrijving.
- Materialen die niet direct ondersteunend zijn voor de toepassing van de interventie, neem je hier niet op.
- Hoe wordt in de materialen rekening gehouden met specifieke (sub)doelgroepen, indien van toepassing? Denk daarbij aan taalgebruik en diversiteit in voorbeelden en beeldmateriaal, rekening houdend met bijvoorbeeld opleidingsniveau, geslacht, leeftijd en etniciteit.
- LET OP: Zorg dat informatie over de interventie consistent en actueel is in de verschillende materialen en uitingen die je als eigenaar gebruikt. Denk hierbij ook aan de website. Als er op verschillende plekken bijvoorbeeld verschillende doelen of doelgroepen staan, roept dit vragen op bij potentiële gebruikers van de interventie en bij de erkenningscommissie of praktijkpanel die de interventie toetsen.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO
De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden;
2. Handleiding voor de behandelaar. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op relevante aanwijzingen voor het uitvoeren van de methodiek en diverse modules. Deze handleiding bevat ook ondersteunende informatie over de basistechnieken, veiligheidsmanagement en motiveren. Verder worden er algemene richtlijnen meegegeven voor het behandelen van traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, etc.;
3. Dertien verschillende modules voor de jongere en de module Gezin in Beeld en/of Partner in Beeld voor de jongere en zijn/haar opvoeders en/of zijn/haar partner. N.B. De modules zijn geschreven voor de jongeren, maar bieden ook handvatten voor de behandelaar in combinatie met het hoofdstuk uit de handleiding voor de behandelaar met relevante aanwijzingen voor het werken met de modules.
4. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt vooral zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.
5. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding de inhoud van de driedaagse basisopleiding voor toekomstige ARopMaat-JoVo behandelaren beschreven.
6. Mentale weerbaarheidstraining. Deze handleiding is specifiek voor de residentiële setting bedoeld. Het bevat de inhoud van een training voor groepsleiding. Het biedt inzicht in hoe groepsleiding meer vaardigheden aangeleerd kunnen krijgen om de jongere een leef- en leerklimaat mee te geven dat stimulerend werkt om positieve veranderingen te realiseren.

Naast dit materiaal bestaat er ter ondersteuning ook een blended-care aanbod van de standaard modules en de meest toegepaste optionele modules. Er zijn ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er een PowerPoint-presentatie die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over ARopMaat voor JoVo's leverbaar.

Type organisatie en locatie – max 200 woorden
Welk type organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren? Op welk soort locaties kan de interventie uitgevoerd worden?

Toelichting:

- Geef aan welke soort organisatie(s) de interventie kan uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan: GGD, welzijnsorganisatie, sport- en beweegaanbieder, organisatie voor jeugdzorg, onderwijsinstelling, instelling voor langdurige zorg. Eventueel kun je hier ook de organisaties noemen die de interventie op dit moment uitvoeren.
- Op welk type locaties kan de interventie uitgevoerd worden? Bijvoorbeeld thuis, op school, in een buurthuis, in een zorginstelling, in een sporthal of sportvereniging. Aan welke specifieke eisen zoals ligging, faciliteiten en/of afmetingen moet de locatie eventueel voldoen?
- Kruis in geval van een jeugdinterventie aan tot welke voorziening de organisaties behoren die de interventie uitvoeren (er zijn meerdere opties mogelijk).
  - Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren
    (Bijvoorbeeld: Jeugd- en jongerenwerk, Jeugdgezondheidszorg, kinderopvang, school, welzijnsorganisatie).
  - Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning
    (Bijvoorbeeld Centrum voor jeugd en gezin, wijkteam, buurtteam, lokaal team).
  - Gespecialiseerde hulp
    (Bijvoorbeeld: Ambulante jeugdhulp, GGZ, Jeugdhulp in gezinsvormen (pleegzorg, gezinshuis, buurtgezin), residentiële jeugdhulp).

Voorbeeld Sport en Gedrag II
De training kan plaatsvinden op verschillende locaties: Halt-kantoor, districtsbureau KNVB of de voetbalvereniging.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO
ARopMaat-JoVo kan worden uitgevoerd door een justitiële jeugd inrichting, een Jeugdzorg Plus instelling of een ambulante (forensische) jeugdzorginstelling die jongeren behandelen met ernstige agressieproblematiek. De instellingen dienen te beschikken over een kinder- en jeugdpsychiater. Eventueel werken instellingen samen om een transmuraal aanbod te realiseren. ARopMaat-JoVo kan in de instelling worden aangeboden, bij de jongeren thuis of op de school van de jongere.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden
Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

Toelichting:

- Beschrijf de verschillende rollen bij de uitvoering van de interventie en door welk type professionals of informele zorgverleners (van welke organisaties) deze rollen ingevuld worden. Denk bijvoorbeeld aan praktijkverpleegkundige GGZ, leefstijlcoach, JGZ-verpleegkundige, psycholoog, huisarts, sociaal professional, sporttrainer, docent of ouder/verzorger.
- Welk opleidingsniveau en competenties zijn vereist voor welke uitvoerders? Vermeld de vereiste beroepsopleiding, eventuele registratie (BIG bijvoorbeeld) en eventueel aanvullende ervaring, competenties en vaardigheden die nodig zijn voor een specifiek thema of doelgroep (bijvoorbeeld: motiverende gespreksvoering, creëren draagvlak binnen de organisatie, kennis over licht verstandelijke beperking, etc.).
- Welke aanvullende trainingen, cursussen etc. voor de uitvoerders zijn onderdeel van de interventie? Beschrijf daarbij ook of en voor wie deelname hieraan verplicht is (bijvoorbeeld in het kader van licentierechten of omdat het handboek alleen in combinatie met de training vrijgegeven wordt).

Voorbeeld Sport en Gedrag II

De training wordt uitgevoerd door goed getraind personeel en er wordt toezicht gehouden op de programma-integriteit en de kwaliteit van de uitvoering. Op de volgende manieren wordt de kwaliteit geborgd.

1. De Halt-medewerkers voldoen aan de gestelde eisen.
2. Het eerste traject dat een nieuw getrainde begeleider uitvoert, gebeurt onder supervisie van een ervaren begeleider.
3. Er is een vraagbaak (de programmamanager sportveiligheid) te allen tijde beschikbaar voor vragen.
4. De groep Halt-medewerkers die trainingen uitvoeren komen bijeen voor intervisie.
5. Alle onderdelen van de training worden bijgehouden in JOIN. De regionale vakspecialisten rapporteren aan de regiomanagers / het MT over voortgang en eventuele afwijkingen van de trainingen. De Halt-medewerkers vallen onder verantwoordelijkheid van de regiomanagers. Maar als de kwaliteit niet wordt gewaarborgd, dan wordt de betreffende medewerker hierop aangesproken door de regionale vakspecialist en/of de regiomanager.
6. Een Halt-medewerker voert tenminste een keer per jaar de training Sport en Gedrag II uit.
7. Aan het eind van de training wordt met de deelnemers geëvalueerd: wat vonden zij van het programma?
8. De training Sport en Gedrag wordt alleen gegeven aan jongeren die voldoen aan de criteria.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO

Gecertificeerde behandelaren van ARopMaat-JoVo dienen universitair (psychologie of orthopedagogie) of hbo (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn en hebben kennis van en ervaring met cognitieve gedragstherapie. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om de driedaagse ARopMaat basisopleiding te volgen. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van ARopMaat en de wijze waarop verandering wordt gerealiseerd. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgeprobeerd en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen en transcultureel behandelen.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:
Een ARopMaat-JoVo-behandelaar wordt op deze competenties getoetst tijdens de selectieprocedure door de instelling die de interventie uitvoert.
→ De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jongeren met ernstige agressieproblematiek;
→ De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;
→ De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder valideren (o.a. tonen van empathie);
→ De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;
→ Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden
Op welke manier bewaak je als interventie eigenaar de kwaliteit van de inhoud en de uitvoering van de interventie? Denk bijvoorbeeld aan registratie en evaluatie, onderhoud, borging en/of licenties.
Hoe zijn de verantwoordelijkheden verdeeld tussen interventie eigenaar en eventuele uitvoerders?

Toelichting:

- Hoe wordt bijgehouden of de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld? Bijvoorbeeld via registratie en evaluatie van activiteiten en resultaten (zoals Routine Outcome Monitoring), certificering, licenties, training, instellen van een stuurgroep, jaarlijkse terugkomdag met evaluatiemoment.
- Worden de ervaringen in de praktijk en eventuele nieuwe wetenschappelijke inzichten verwerkt om de kwaliteit te verbeteren? Beschrijf kort hoe dat gebeurt.
- Wat wordt gedaan en door wie? Wie is waar verantwoordelijk voor?

- LET OP: De uitkomsten van de registratie/evaluaties kun je beschrijven in Hoofdstuk 4.1 (Onderzoek naar de uitvoering).

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO
De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/ handelingen:

1. Per inrichting / instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van de ontwikkelaar;
2. Behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat dat twee jaar geldig is. Dit certificaat wordt verlengd door de ontwikkelaar als de behandelaar jaarlijks een booster heeft gevolgd en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden);
3. De PV verzorgt het eerste jaar elke twee weken één uur intervisie om zo de nodige ARopMaat-methoden te verbeteren en te onderhouden. Na een jaar wordt dit eens per maand aangeboden (dan anderhalf uur). Behandelaren zijn verplicht deze intervisie te volgen;
4. De PV biedt naast intervisie eens in de twee weken werkbegeleiding aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar; De PV kan 'meekijken' tijdens behandelsessies of vragen om het maken van video-opnames die tijdens intervisie/werkbegeleiding worden getoond. Een jongere dient hier wel toestemming voor te geven;
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de ARopMaat-behandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten en kwalitatief te verbeteren;
6. ARopMaat-JoVo wordt aangeboden aan jongeren voor wie dit daadwerkelijk is geïndiceerd;
7. Tijdens het aanbieden van ARopMaat-JoVo wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een vierwekelijkse behandelevaluatielijst en een eind-evaluatielijst, zodat gecontroleerd 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 specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden.

Randvoorwaarden – max 200 woorden
Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

Toelichting:
- Organisatorische randvoorwaarden zijn de vereiste voorwaarden op het niveau van de uitvoerende organisatie. Denk bijvoorbeeld aan draagvlak bij uitvoerende professionals, werkbegeleiders, managers en directie; mogelijkheden tot samenwerking en overleg; geld; tijd; de beschikbaarheid of indeling van ruimtes.
- Contextuele randvoorwaarden zijn de vereiste voorwaarden op het niveau van de sociale, politieke of culturele setting waarin de interventie wordt uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de demografische samenstelling van een wijk waarin de interventie wordt uitgevoerd (geletterdheid, inkomen, culturele normen en waarden en toegang tot media en voorzieningen), verkeersveiligheid, openbare faciliteiten of aan belangen van stakeholders.

Voorbeeld Sport en Gedrag II
Randvoorwaarden met betrekking tot het doorverwijzen van een jongere naar Halt:
- Snel doorverwijzen vanuit tuchtzaken naar Halt zodat (korte) doorlooptijden gehaald kunnen worden;
- Goede communicatie tussen de KNVB-verwijzer en de Halt-medewerker;
- Activiteiten vinden (zoveel mogelijk) buiten schooltijd plaats op een voor de jongere redelijke reisafstand.

Randvoorwaarden met betrekking tot de uitvoering van de training:
- Er moet een geschikte ruimte met, voor zover mogelijk, een flip-over;
- Goede relatie tussen begeleider van de training en de jongere;
- De interventie moet uitgevoerd worden door goed getraind personeel.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO

Om de interventie op een goede manier uit te kunnen voeren, is het nodig dat de inrichting ervoor zorgt dat bij alle medewerkers voldoende kennis is over de interventie en dat er voldaan wordt aan onderstaande randvoorwaarden:

1. Per instelling zijn minimaal twee AR-behandelaren actief;
2. De AR-behandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie jongeren per week een ARopMaat variant aan te bieden;
3. De AR-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners en andere relevante betrokkenen;
4. De PV registreert naar verhouding meer indirecte uren en besteedt twee uur per week tijd aan het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AR-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en jongere(n) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. Als de behandeling thuis bij de jongere wordt aangeboden of op een andere locatie dan de poli, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken gemaakt worden over het realiseren van een 'rustige plek' zonder de zorg voor eventuele jongere broertjes of zusjes/eigen kinderen;
6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen;
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) aanwezig voor het geval de jongere dit gebruikt;
8. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een fysiobal, een gewone bal, gevoelswereldspel, kwaliteitenspel, vaardighedenspel, opvoedspel en relatiespel. Daarnaast enkele gezelschapsspelen, waaronder Jenga en vieropeenrij.

Implementatie – max 300 woorden

Op welke wijze wordt de interventie geïmplementeerd? Bijvoorbeeld via een implementatieplan of -protocol of begeleiding bij de invoering van de interventie. Geef een samenvatting van de stappen die men dient te doorlopen.

Beschrijf ook - indien van toepassing - op hoofdlijn eventuele lokale varianten of aanpassingen die voorkomen bij uitvoering in de lokale context, bijvoorbeeld in de werving, locatie etc.

Toelichting:

- Als een instelling of organisatie besluit de interventie in het aanbod op te nemen, of als de interventie landelijk uitgerold wordt, is dan duidelijk hoe de interventie geïmplementeerd kan worden? Hiervoor moeten de volgende punten helder zijn.
- Hoe kunnen organisaties bekend raken met de interventie? Als zij de interventie willen uitvoeren, met wie kunnen ze dan contact opnemen?
- Als een organisatie de interventie wil uitvoeren, welke stappen dienen dan doorlopen te worden? Bijvoorbeeld, afsluiten van een licentie overeenkomst, volgen van een training, aanschaf van materialen, etc.
- Bij uitvoering van de interventie op andere plekken in Nederland: hoe faciliteer je dat? Is er een systeem om lokale implementatie landelijk te ondersteunen, zoals een helpdesk of contactpersoon? Is er de mogelijkheid om expertise in te huren?
- Het is belangrijk dat een interventie aangepast kan worden om aan te sluiten bij de lokale context. Het is daarom goed als er – tot op zekere hoogte – aanpassingen gedaan kunnen worden in de uitvoering. Beschrijf, indien bekend, welke aanpassingen voorkomen bij lokale uitvoeringen van de interventie op verschillende plekken in Nederland, bijvoorbeeld in de werving, locatie, invulling of volgorde van bijeenkomsten etc.
-

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in ARopMaat-JoVo voert de ontwikkelaar een gesprek 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 overwonnen moeten worden. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen. De behandelaren krijgen een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De PV krijgt in een dagdeel 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 basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken dan immers al over enige behandelervaring, bovendien bieden de modules en de handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de PV vaker werkbegeleiding aanbiedt en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de AR-behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de ontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van vragen. Ook is de derde opleidingsdag pas na drie maanden, zodat er ook aandacht kan worden besteed aan de vragen en ervaringen die tot dan toe zijn opgedaan door de behandelaren.

Kosten – max 200 woorden
Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (inclusief aantallen uren) en de materiële kosten. Geef ook aan welke kosten eenmalig zijn en welke kosten structureel zijn.

Toelichting:
Het gaat hier om de totale kosten of de belangrijkste kostenposten voor de uitvoering van de interventie. Werk met een tabel of schema waarin de kosten goed inzichtelijk zijn.

- Wat zijn de personele kosten (inclusief aantallen uren) en wat zijn de materiële kosten?
  - Personele kosten: wie binnen de eigen organisaties is hoeveel uren kwijt aan de werving, ondersteuning, uitvoering en kwaliteitszorg van de interventie? Geef indien mogelijk ook het bedrag in euro's op basis van een uurtarief.
  - Materiële kosten: denk hierbij aan benodigde materialen, zaalhuur, de kosten voor het inhuren van personeel van buiten, training, communicatie/PR, werving, eventuele kosten voor licentie of registratie.
- Wat zijn de eenmalige kosten en wat zijn de structurele kosten?
  - Eenmalige kosten: denk bijvoorbeeld aan de aanschaf van materialen of het volgen van een training.
  - Structurele kosten: Denk bijvoorbeeld aan kosten bij uitvoering op meerdere locaties of bij herhaling van de interventie.
- Variëren de kosten per uitvoering? Geef dan een representatief voorbeeld of gemiddelde.

Voorbeeld Sport en Gedrag II

Kosten voor opleiding, supervisie en intervisie

Om de training Sport en Gedrag II uit te mogen voeren, dienen de uitvoerend Halt-medewerkers ART getraind te zijn. Deze training bestaat onder andere uit de boosheidcontrole training (BCT) en onderdelen van Sociale Vaardigheidstraining (SoVa). De basisopleiding ART is een vijfdaagse training die georganiseerd wordt door een externe partij, Werken bij Goldstein, waarna de medewerker het certificaat 'ART trainer' ontvangt. De video's die bij de training horen worden aan de medewerker verstrekt via een licentie waar aanvullende kosten aan verbonden zijn, deze licentie is twee jaar geldig. Dit tezamen kost €1.395,- per medewerker.

Het ART-certificaat is twee jaar geldig, daarna moeten de medewerkers een eendaagse hercertificering doen, alsmede een vernieuwing van de licentiekosten voor de video's. Dit kost in totaal € 495,- per medewerker.

Kosten voor uitvoering

Voor de uitvoer van een training Sport en Gedrag II wordt 17 uur gerekend, waarbij met een uurtarief van €91,00 voor de professional wordt gerekend. Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd (verhoogd met 2 euro).

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een ARopMaat-behandelaar per jongere

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

Uit onderzoeksgegevens bleek dat jongeren in een residentiële setting gemiddeld genomen 102 minuten per keer behandeling kregen aangeboden voor een periode van 47 weken. Per instelling zal er met een ander uurloon berekend worden. Stel dat er uitgegaan wordt van een uurloon in loondienst van 50 euro bruto met alle werkgevers lasten, komt het neer op een bedrag van: 1,7 (102 minuten) X 47 X 50 euro X 1,75 = 6991,25.

Bij de ambulante versie werd uit de onderzoeksgegevens duidelijk dat een ARopMaat-behandelaar gemiddeld genomen 48,3 weken behandeld met een intensiteit van 1,2 uur per week. Het gaat dan om een bedrag van 13.331 euro, uitgaande van een uurtarief van 115 euro (tarief dat geldt bij de hoog-gespecialiseerde ambulante GGZ). Hierbij is uitgegaan van 50% indirecte tijd. Er komt nog een bedrag bij in verband met de nazorgfase. Dat gaat gemiddeld genomen om circa 1725 euro.

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

<u>Kosten opleiding</u>

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARopMaat-JoVo. Er kan ook een incompany opleiding worden aangeboden. Deze kost 3750 euro (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 twaalf personen.
De behandelaar die de opleiding volgt is dan drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 1150 euro (exclusief btw) of als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor diverse instellingen 150 euro per persoon (exclusief btw).

<u>Kosten materiaal</u>

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 enkele tablets om filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te nemen (zie randvoorwaarden).

3. Onderbouwing

Algemene toelichting:

- In de onderbouwing maak je aannemelijk dat je interventie voor de gekozen doelgroep en eventuele subdoelgroepen werkt. Je beargumenteert waarom de (sub)doelen van de interventie bereikt kunnen worden met de gekozen aanpak.
- Een onderbouwing is een samenhangend verhaal dat nauw aansluit op de eerder beschreven (sub)doelen, doelgroep en aanpak. In de onderbouwing wordt de samenhang zichtbaar tussen het vraagstuk of probleem, de factoren van invloed, de aanpak en doelen.
- Maak gebruik van literatuur. Gebruik hiervoor recente bronnen, liefst niet ouder dan 10 jaar. Dit mogen wetenschappelijke publicaties zijn, maar er mag ook gebruik worden gemaakt van zogenaamde grijze literatuur zoals onderzoeksrapporten en afstudeerscripties. Ook eigen (proces)evaluaties zijn toegestaan.
- LET OP: Lees voordat je start met schrijven van de onderbouwing eerst onderstaande informatie en de voorbeelden volledig door.

Vraagstuk of probleem – max 400 woorden

Voor welk vraagstuk of probleem is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, omvang, spreiding en eventuele gevolgen.

Toelichting:

Je begint hier al met het aanbrengen van samenhang. Het vraagstuk of probleem dat je hier beschrijft:

- is min of meer het spiegelbeeld van het hoofddoel (Hoofdstuk 1.2) én
- is van toepassing op de geformuleerde doelgroep (Hoofdstuk 1.1) én
- kan verminderd, opgelost of voorkomen worden met de in Hoofdstuk 1.3 beschreven aanpak.

Baseer je tekst op enkele literatuurbronnen en benoem de bronnen in Hoofdstuk 6 'Aangehaalde literatuur'. Maak zoveel mogelijk gebruik van actuele landelijke cijfers (zie weblinks hieronder).

- *Aard:* Beschrijf de aard en de kenmerken van het vraagstuk of probleem.
- *Omvang:* Geef een (indicatie van) de omvang van het vraagstuk of probleem bij de uiteindelijke doelgroep.
- *Spreiding:* Speelt het vraagstuk of probleem bijvoorbeeld vaker in sterk stedelijke gebieden of in bepaalde regio's? Zijn er verschillen bekend in de aard of omvang voor een bepaalde groep of groepen? Denk hierbij bijvoorbeeld aan opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal.
- *Gevolgen:* Wat zijn de eventuele gevolgen als er nu niet wordt ingegrepen? Het gaat daarbij zowel om materiële als immateriële gevolgen, zowel voor de doelgroep als voor de maatschappij.

Wanneer je zoekt naar cijfers of actuele informatie, kijk dan eens op:

- www.vzinfo.nl voor cijfers over volksgezondheid en zorg
- www.regiobeeld.nl voor regionale cijfers over gezondheid, zorg en welzijn
- www.cbs.nl voor maatschappelijke informatie
- www.scp.nl voor informatie op sociaal en cultureel terrein
- www.nji.nl voor informatie over jeugd en opvoeding
- www.movisie.nl voor informatie over sociale vraagstukken
- www.kenniscentrumsportenbewegen.nl voor informatie over sport en bewegen
- www.sportenbewegenincijfers.nl voor cijfers over sport en bewegen
- www.pharos.nl voor informatie over gezondheidsverschillen
- www.trimbos.nl voor informatie over mentale gezondheid en middelengebruik
- www.vilans.nl voor informatie over ouderen- en gehandicaptenzorg
- www.zorgvoorbeter.nl voor informatie over verpleging, verzorging en zorg thuis voor ouderen
- www.kennispleingehandicaptensector.nl voor informatie over de gehandicaptenzorg

Of neem contact op met bijvoorbeeld de GGD of de gemeente voor regionale cijfers.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (AROpMaat-JoVO

Probleem

AROpMaat-JoVo is bedoeld voor jongeren en jongvolwassenen met ernstige agressieproblematiek. Bij adolescenten die agressief gedrag vertonen, wordt onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat in de vroege kindertijd begint, niet vanzelf stopt en lastig behandelbaar is, en agressief gedrag dat tijdens de adolescentie begint en daarna geleidelijk afneemt. De eerste vorm wordt Life Course Persistent (LCP) of chronische agressie genoemd, de tweede vorm Adolescence Limited agressie (Aguilar et al., 2000 en Moffitt et al., 2002). Chronische agressie is van toepassing bij de AROpMaat-JoVo doelgroep, deze vorm gaat relatief vaak gepaard met psychische problemen en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik en gedragsstoornissen of persoonlijkheidsproblematiek (e.g., Agnew-Blais et al., 2016; Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Bonta & Andrews, 2017).

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Het aantal geregistreerde minderjarige verdachten, waaronder van gewelddelicten, is in 2019 voor het eerst in tien jaar weer gestegen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Onbehandelde jongeren en (jong)volwassenen die een (gewelds)delict hebben gepleegd recidiveren na twee jaar met ca. 31% (Laan & Goudriaan, 2016). Het recidivepercentage is echter veel hoger bij jongeren en jongvolwassenen die detentie opgelegd hebben gekregen, het gaat dan om circa 59% (Weijters et al., 2017). Bij jongeren die een maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Jongeren (PIJ-maatregel) opgelegd hebben gekregen, gaat het zelfs om 78% binnen twee jaar (Mulder et al., 2011). Het aanbieden van een effectieve behandeling gericht op het verminderen van geweldsrecidive is dus essentieel, aangezien bij een substantieel deel van deze groep sprake is van agressieproblematiek.

Agressie is één van de meest voorkomende gedragsproblemen bij adolescenten (e.g., Blake & Hamrin, 2007; Stevens et al., 2018). Uit onze onderzoeksgegevens blijkt dat bij ongeveer 80% van de jongeren die in aanmerking komen voor AROpMaat-JoVo in een residentiële setting het agressieve gedrag gerelateerd is aan een gedragsstoornis. Bij ca. 50% gaat het om een normafwijkende gedragsstoornis, terwijl dit bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jongeren vanaf 13 jaar voorkomt. Bij de ambulante setting gaat het om circa 53%, bij 17% ging het om een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De AROpMaat-JoVo-doelgroep bestaat zowel uit Nederlandse jongeren als jongeren van verschillende etnische afkomst, in het bijzonder Surinaams, Antilliaans, Marokkaans en Turks.

Gevolgen

Het plegen van geweldsdelicten heeft grote materiële en immateriële gevolgen voor de maatschappij. Niets doen aan externaliserende gedragsproblemen bij jongeren, betekent dat de kans op terugval hoog is. Als het gedrag niet verandert, is de kans groot dat de problemen blijven bestaan of zelfs erger worden, ook als de jongere volwassen is (Garrido & Morales, 2007; Laan & Goudriaan, 2016; Schubert et al., 2012; Wartna et al., 2014). Antisociaal gedrag heeft ook (grote) gevolgen voor de slachtoffers, bovendien leidt het tot hoge maatschappelijke kosten (Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015; Welsh et al., 2015). Tegenwoordig wordt niet alleen gekeken naar de gemaakte schade, de proceskosten en kosten met betrekking tot het uitvoeren van een straf, maar ook naar de maatschappelijke impact door het verlies van kwaliteit van leven bij slachtoffers. Zo leidt het tot meer traumagerelateerde klachten, angststoornissen en vermijdingsgedrag (Cohen & Piquero, 2015).

Factoren van invloed – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het vraagstuk of probleem? Welke factoren werken juist beschermend?

Toelichting:

- Een analyse van het vraagstuk of probleem is nodig om goed te kunnen onderbouwen *hoe* het vraagstuk of probleem kan worden beïnvloed.
- Beschrijf welke factoren (determinanten) het vraagstuk of probleem veroorzaken, in stand houden, verergeren en/of verbeteren. Met andere woorden: beschrijf de beschermende factoren en risicofactoren die met het vraagstuk of probleem samenhangen.
- Om de factoren in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van een theoretisch model. Wanneer wordt gekozen voor een model, zorg ervoor dat:

    - het model aansluit bij de gekozen aanpak
    - het model van toepassing is op het specifieke vraagstuk en de doelgroep van de interventie
    - het model een logisch vervolg of logische plaats krijgt in de paragraaf Verantwoording (zie hieronder). Hiermee breng je samenhang aan in de interventiebeschrijving.
- LET OP: Geef een globaal overzicht van alle factoren van invloed. Dit kunnen ook factoren zijn waar de interventie geen invloed op heeft. Pas in de paragraaf hierna (bij 'Aan te pakken factoren') geef je aan op welke factoren de interventie ingrijpt.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Kortom, chronische agressie hangt samen met een combinatie van risicovolle individuele factoren (biologische en psychologische) en sociale factoren (gezins- en omgevingsfactoren; Bonta & Andrews, 2017; Loeber et al., 2008). Er zijn dus meerdere factoren die het agressieve gedrag veroorzaken (DeWall et al., 2011). Hoe meer risicofactoren, hoe groter de draaglast wordt, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. Dit betekent dat het veranderingsmodel niet alleen gericht dient te zijn op het verminderen van criminogene risicofactoren, maar ook op het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren die een positief effect hebben op de behandeling (Loeber et al., 2008).

<u>Individuele kindfactoren</u>

Het blijkt dat voornamelijk individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen) (Lin, 2015; Wallinius et al., 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put, et al., 2012). Verder is bekend dat ernstig probleemgedrag in de kindertijd en daarna in de adolescentiefase zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij jongeren met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies (Koot et al., 2008; Syngelaki et al., 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007). Diamond (2013) verdeelt de executieve functies onder in werkgeheugen, cognitieve flexibiliteit en inhibitie. Ook leiden verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994) tot een verhoogde kans op agressief gedrag. Zeker als er ook nog sprake is van chronische stress, waardoor de mate van zelfregulatie afneemt en impulsief en agressief gedrag wordt versterkt (Murray et al., 2014).

De sociale informatieverwerking (SIV)

Het sociale informatieverwerkingsproces verloopt bij jongeren met agressieproblematiek vaak inadequaat (Crick & Dodge, 1994; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017), maar leidt ook tot een rigide wijze van probleemoplossing en het inadequaat maken van keuzes (Geurts, et al., 2018). Een tekort aan copingvaardigheden is onderdeel van executieve functies (Bell & Deater-Deckard, 2007) en belemmert eveneens het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en/of adequate reacties (Van der Laan & Blom, 2006). Bij dit proces speelt de database (harde schijf) van een jongere een grote rol. De database ontstaat door een transactioneel proces en bestaat onder andere uit genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, de aangeleerde normen en waarden, het gevoel van eigenwaarde en aanwezige (disfunctionele) schema's (Dodge & Pettit, 2003). Grofweg komt het er op neer dat er verstoringen plaatsvinden door o.a. selectief waarnemen en disfunctionele cognities / schema's, waardoor jongeren het gedrag van de ander niet goed interpreteren. Zij interpreteren het gedrag van anderen bijvoorbeeld snel als vijandig en/of als een dreiging (Schönenberg & Justyte 2014; Miller & Johnston, 2019). De kerncognitie die vervolgens wordt aangesproken bepaalt of de jongere meer subassertief of agressief reageert (Bandura 1997). Tijdens dit proces kunnen emoties ontstaan die mede invloed hebben op de keuze die wordt gemaakt m.b.t. het vertoonde gedrag en een inadequate informatieverwerking. Ook wordt daardoor de mate waarin iemand kan nadenken over adequate oplossingsvaardigheden beïnvloed. De emotie die wordt ervaren is vaak heftiger als een jongere last heeft van stemmingswisselingen of moeite heeft om emoties te reguleren. Verder leidt een beperkte impulscontrole tot het minder goed kunnen nadenken over adequate oplossingsstrategieën (Lee et al., 2017). Bij een groot deel van ARopMaat-doelgroep is bovendien ook sprake van een tekort aan

vaardigheden om assertief met conflicten om te gaan, waardoor zij ook bij deze stap ondersteuning nodig hebben.

Gezins- en omgevingsfactoren
Negatieve ouder-kind-interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (e.g., Kawabata et al., 2011). Uit het onderzoek van Van Doorn et al., 2008) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, hogere niveaus van delinquent en agressief gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind-relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent en agressief gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Keijsers et al., 2011). Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassen persoon aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag.
Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband houdt met het vertonen van delictgedrag (Rakt, Weerman, & Need et al., 2005). Het hebben van een deviante vriendengroep versterkt de (al aanwezige) problematiek (Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000). Delinquente jongeren overtreden de wet zelden alleen. Co-offending is inherent aan delinquentie (met agressieproblematiek) bij jongeren, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk.
Fysieke mishandeling in de kindertijd is eveneens een voorspeller voor het plegen van delicten op latere leeftijd (Shin et al., 2016). Sociale factoren, zoals opgedane levenservaringen, kunnen antisociaal gedrag ook positief beïnvloeden, zoals een positieve omgang met ouders/verzorgers, leeftijdsgenoten en maatschappelijke instituties. Daarom is het nodig om in de behandeling ook in te zetten op dergelijke beschermende factoren.
Een substantieel deel van de doelgroep heeft sociale uitsluiting en/of discriminatie ervaren, dit leidt tot meer boosheidsgevoelens (Fresnics & Borders, 2017; Lee & DiGiuseppe, 2018; Seidel et al., 2013) en daardoor tot meer agressief gedrag (Cheriji, Pintea, & David, 2012). Het verwerken van deze ervaringen en het op laten doen van nieuwe positieve ervaringen kan beschermend werken.

Aan te pakken factoren – max 200 woorden
Welke van de hierboven genoemde factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Toelichting:
- Geef een eenvoudige opsomming van de factoren die je ook daadwerkelijk met de interventie aanpakt. Je herhaalt dus eigenlijk een aantal van de bovengenoemde factoren van invloed.
- Benoem voor elk van de aan te pakken factoren, bij welk(e) subdoel(en) deze hoort. Op die manier breng je samenhang aan met de doelen. Gebruik eventueel een tabel.
- LET OP: Niet alle factoren die hierboven zijn genoemd, zijn te beïnvloeden (met een interventie). Denk bijvoorbeeld aan genetische factoren of bepaalde omgevingsfactoren zoals gezinsinkomen of ervaringen uit het verleden. Je hoeft met de interventie dan ook niet alle bovengenoemde factoren aan te pakken.

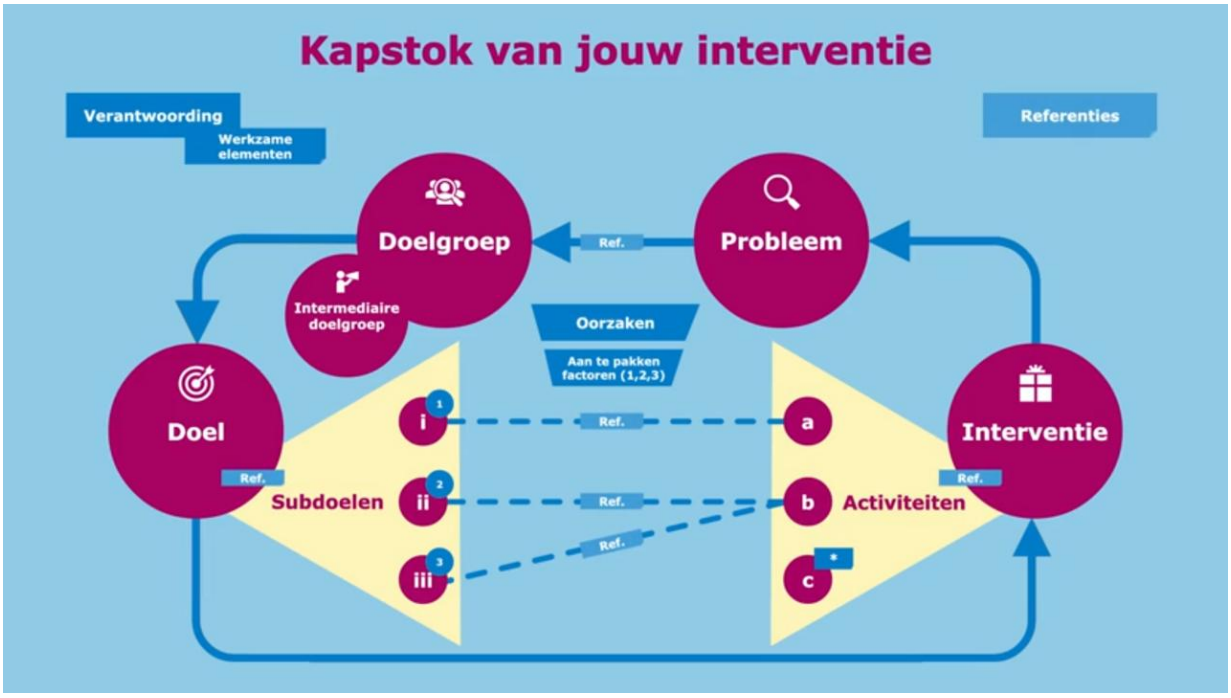
Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO
Zoals al eerder werd aangegeven wordt er ook gewerkt aan beschermende factoren die kunnen helpen om stressoren en/of risicofactoren te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren. Bij ARopMaat wordt structureel gewerkt aan het versterken van beschermende factoren door de motivatie te vergroten en daarmee de leerbaarheid (het betreft het standaarddoel 1). Tegelijkertijd werkt het beschermend om het zelfbeeld te verbeteren (dit vergroot de leerbaarheid en vermindert gevoelens van stress (optionele behandeldoel 6)). Het helpt echter ook om de ervaren steun van iemand uit de omgeving te versterken (2e standaarddoel) en om opvoeders en/of groepsleiding te betrekken om het generaliseren te bevorderen (standaarddoelen 1 en 2 voor systeemleden).

De aanwezigheid van de negatieve invloed van een antisociale vriendenkring: de jongere leert in de module Assertiviteit weerbaarder te worden tegen de negatieve invloed van leeftijdgenoten. Dit is gerelateerd aan doel 7 van de standaard ARopMaat-JoVo-doelen.
Het aanwezigheid van een negatieve interactie (teveel aan conflicten en slecht contact) met opvoeder(s)/partner: dit is gerelateerd aan het optionele doel voor opvoeders en partners. Hier wordt aan gewerkt via de module Gezin in Beeld en/of Partner in Beeld.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen: die leiden tot negatieve emoties en/of agressief gedrag: het betreft het algemene doel 7, hier wordt via de module Invloed van het Denken aan gewerkt.
De afwezigheid van voldoende sociale vaardigheden gericht op conflicthantering (ook beschermend): het gaat om de groepsmodule en de Module Conflicthantering en het betreft het optionele doel 5 en het standaarddoel 4.
De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking: er wordt gewerkt aan het verbeteren van de verschillende stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Dit wordt gedaan tijdens de groepsmodule, module Interpreteren en Waarnemen, module Assertiviteit, en de Module Conflicthantering. Het gaat om de standaarddoelen 3 en 4 en de optionele doelen 3 en 5.
De aanwezigheid van executief disfunctioneren (vooral gericht op een beperkte impulscontrole en emotieregulatie en een tekort aan oplossingsvaardigheden): de modules Stressreductie, Impulscontrole, Beheersingsvaardigheden, en Emotieregulatie. Deze criminogene risicofactor is gerelateerd aan doel 1, 2, en 4 van de optionele doelen en de standaarddoelen 4 en 5.

Verantwoording – max 1000 woorden
Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de (sub)doelen bij de beschreven doelgroep en eventuele subdoelgroepen bereikt kunnen worden.
Verantwoord hoe de werkzame elementen (of technieken of principes) van deze interventie bijdragen aan het realiseren van de gestelde doelen. Uit de onderbouwing moet blijken dat gebruik is gemaakt van relevant onderzoek en/of een veranderingsmodel of interventietheorie.

Toelichting:
- In deze paragraaf staat de samenhang centraal tussen de aan te pakken factoren, de (sub)doelen van de interventie, de werkzame elementen en de gekozen aanpak. Bij een goede onderbouwing sluiten deze naadloos op elkaar aan. Onderstaand figuur maakt deze samenhang inzichtelijk.
- Zorg dat duidelijk wordt welke werkwijze er gebruikt wordt om de verschillende subdoelen te bereiken. Het kan eventueel behulpzaam zijn om een tabel of figuur te gebruiken. Dus: wat doe je in de interventie om ervoor te zorgen dat het betreffende subdoel wordt behaald?
- Maak daarbij steeds aannemelijk dat de gekozen aanpak/werkwijze werkt:
    - Om de subdoelen te bereiken.
      Maak daarbij gebruik van beschikbare kennis over werkzame elementen (of technieken of principes). Laat zien welke werkzame elementen in jouw aanpak terugkomen om de aan te pakken factoren te beïnvloeden. Benoem relevant onderzoek en/of theorieën en modellen die laten zien, dat een soortgelijke aanpak werkt. Hierbij kun je ook gebruik maken van resultaten uit de procesevaluatie. Voor het niveau Effectief kun je gebruik maken van de resultaten uit het effectiviteitsonderzoek (een samenvatting van de onderzoeksresultaten geef je in Hoofdstuk 4.2).
    - Voor de (sub)doelgroepen van de interventie.
      Denk daarbij ook aan mogelijke verschillen binnen de doelgroep in bijvoorbeeld opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal.



Voorbeeld Sport en Gedrag II

De training Sport en Gedrag II richt zich op de genoemde beïnvloedbare actoren, op basis van de volgende theorieën: competentieontwikkeling; emotieregulatie; attributietheorie en locus of control; sociale leertheorie; metacognitieve kennis en vaardigheden; cognitieve gedragstherapie; sociale bindingstheorie.

Centraal uitgangspunt is 'competentieontwikkeling': jongeren kunnen prosociaal gedrag leren. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om competenties m.b.t. reflectie op situaties en eigen gedrag; fair play; omgaan met (opkomende) agressie; iets voor je omgeving én jezelf betekenen. Door ervaring op te doen in verscheidene situaties en deze te analyseren en daarop te reflecteren, kunnen jongeren hun competenties vergroten (Miller, 1990; Verschaffel et al., 2006; Dam et al., 2007; Tilkin et al., 2014).

Emotieregulatie is in de training een belangrijke te ontwikkelen competentie, waaraan alle subdoelen bijdragen. Gross en Thompson (2007) onderscheiden vijf emotieregulatiestrategieën. Deze komen in de training allemaal aan bod. Allereerst gaat het erom dat de jongere zich ervan bewust wordt dat hij een situatie niet hoeft aan te gaan. Verder wordt beoogd dat de jongere leert negatieve emoties minder intens te maken, zijn aandacht af te leiden, de betekenis van een situatie positief te veranderen, en zijn gedrag als reactie op een situatie te veranderen.

De overige genoemde theorieën betreffen niet de 'allesdoorsnijdende' theoretische basis, maar zijn specifiek van toepassing bij een aantal onderdelen. Onderstaand wordt per subdoel aangegeven welke theorieën daarbij met name een rol spelen, en welke component van de training hierop is gericht.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft ARopMaat-JoVo relevante interventie-onderdelen geïntegreerd die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij adolescenten en jongvolwassenen met (ernstige) agressieproblematiek. Zo is de interventie gebaseerd op de RNR-principes (risk-need-responsivity; Bonta & Andrews, 2017) die leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes.
Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van jongeren met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot jongeren met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de jongere. Bij de specifieke doelgroep gaat het bijvoorbeeld om het tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden te verminderen, maar bijvoorbeeld ook om

het aanbieden van farmacotherapie voor het behandelen van ADHD. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van de doelgroep en een individu voor het behandelaanbod (reponsiviteitbeginsel; Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 2009). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van een behandelmethodiek die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijkt te zijn (Bonta & Andrews, 2017). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen van maatwerk door onder andere te kijken naar de aard van de problematiek, de mate van motivatie en de leerstijl van de jongere (Menger & Krechtig, 2008). Hieronder wordt specifiek uitgewerkt hoe de ARopMaat-JoVo de RNR-principes vormgeeft.

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de ARopMaat-JoVo

A: Risicobeginsel
Het is van belang dat de behandelaar met o.a. het gebruikte RT-instrument ontrafelt hoe de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of (zeer) hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst, wordt de intensiteit van de behandeling bepaald.

B: Behoeftebeginsel
De behandeling zal gericht zijn op de dynamische criminogene risicofactoren die op de jongere van toepassing zijn. Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de score van de RT wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij een jongere kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Meestal is een kritische risicofactor gekoppeld aan een standaard of optionele module van de ARopMaat-JoVo. Alleen al aan de hand van de uitkomsten van de RT wordt dus al snel duidelijk of de ARopMaat-JoVo geïndiceerd is en welke optionele modules van toepassing zijn. Het zal nodig zijn om ook andere behandelvormen in te zetten als er sprake is van kritische risicofactoren waar ARopMaat-JoVo niet voldoende in toegerust is. Denk bijvoorbeeld aan een psychiatrisch consult in verband met ADHD, verslavingszorg of een trauma-interventie.

C. Responsiviteitsbeginsel
Algemeen responsiviteitsprincipe

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt ARopMaat-JoVo gebruik van technieken die bij een soortgelijke ARopMaat-JoVo-doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2017) en dus leiden tot het realiseren van de doelen. In de algemene programmahandleiding worden per module de gebruikte technieken benoemd. Bij het kopje “aan te pakken factoren” is te zien welke modules een bijdrage leveren aan de subdoelen. Hieronder wordt samenvattend beschreven om welke technieken het gaat:

a. Grotendeels individueel behandelaanbod
Aangezien groepsgericht behandelen minder effectief is (Greenberg & Lippold, 2013; James, Asscher, Stams, & van der Laan, 2016; McGuire, 2008) wordt ARopMaat grotendeels individueel aangeboden. Als jongeren qua leerstijl ook lijken te profiteren van een groepsaanbod, dan wordt in de residentiële setting de groepsmodule standaard aangeboden, aangezien dit aanbod kan helpen om cognitieve vervormingen te verminderen en om te leren beter met groepsdruk om te gaan. In de ambulante setting is dit een optionele module, omdat de ernst van de problematiek gemiddeld genomen minder is, waardoor het vaker onnodig is om extra tijd te investeren in de thema’s die in de groepsmodule worden aangeboden. Daarnaast is het in een ambulante setting minder goed mogelijk om van te voren in te schatten hoe jongeren in een groep op elkaar zullen reageren en ook is het onwenselijk dat de jongeren na afloop van de groep met elkaar contact hebben,

b. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)
Uit verschillende meta-analyses en studies over het behandelen van (ernstige) agressieproblematiek blijkt dat jongeren responsief zijn voor een behandelaanbod met cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g. Foolen et al., 2012; Lee & DiGiuseppe, 2018; Litschge et al., 2010; McCart & Sheidow, 2016). De belangrijkste werkzame CGT-elementen die worden toegepast zijn het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten (McCart & Sheidow, 2016; Oostermeijer et al., 2017). Verder is er binnen ARopMaat veel aandacht voor het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007; Sukhodolsky et al., 2016; Van Horn et al., 2016) .

c. Systeemgerichte benadering

Onderzoek heeft aangetoond dat een systeemgerichte benadering effectief is voor het behandelen van antisociaal (waaronder agressie) gedrag (e.g. Asscher et al., 2014, Van der Stouwe et al., 2014). Van belang hierbij is dat de therapie dan gericht is op de jongere, ouders en het betrekken van een steunend netwerk (Lange, 2018; Murrihy et al., 2010). Vermindering van conflicten en stressoren in de huiselijke sfeer werkt beschermend en leidt tot vermindering van agressief en ander opstandig gedrag op andere leefgebieden (Lange, 2018; Henggeler & Sheidow, 2012). Ook draagt het bij aan de veiligheid aangezien ouders betrokken worden bij het naleven van het veiligheidsplan en/of signaleringsplan. Een systemische aanpak benadrukt het belang van het versterken van beschermende factoren (indien er deels sprake is van een gezond netwerk) en versterkt het effect van de behandeling en laat generalisatie nog meer tot zijn recht komen (Lange, 2018; Guo & Slesnick, 2013).

d. Inzetten ervaringsgerichte oefeningen, waaronder dramatherapeutische technieken

Bij ARopMaat is het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen (verschillende vormen van rollenspelen, stoelentechnieken, ontspanningsoefeningen en imaginatie oefeningen) essentieel. Het is bekend dat het toepassen van rollenspelen en andere ervaringsgerichte interventies effectief is voor het verminderen van externaliserende gedragsproblemen (Foolen et al., 2012; Lin en Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016). De technieken worden ingezet voor het verkrijgen van meer inzicht, het verminderen van boosheidsgevoelens en het op een andere manier betekenis 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 die tegenovergesteld denkt aan de jongere als het gaat om een cognitieve vervorming. Ook wordt het gebruikt om beheersingsvaardigheden te ontwikkelen die helpen 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).

e. Mindfulness voor stressreductie en het leren richten van de aandacht

Aangezien het werken aan stressreductie helpt bij het verminderen van agressieproblematiek (Franco, Amutio, López-González, Oriol, & Martínez-Taboada, 2016; Lee & DiGiuseppe, 2018), maakt ARopMaat-JoVo onder andere gebruik van (aangepaste) mindfulness-oefeningen afkomstig van de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1998). 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. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en op een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek blijken mindfulness oefeningen te leiden tot onder andere vermindering van stress (Himelstein, Hastings, Shapiro, & Heery, 2012; Morley, 2018; Shonin, Van Gordon, Slade, & Griffiths, 2013. Het is echter nog steeds te vroeg om te spreken over generaliseerbare effect-sizes (Fix & Fix, 2013).

Specifieke responsiviteitsprincipe

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, Rietzschel, Danquah, & Berry, 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S., 2016). Het is essentieel dat de behandelaar de jongere (en opvoeders) 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 en helpt om gevoelens van boosheid en wantrouwen te verminderen, het zorgt voor verbinding, een betere emotieregulatie en vergroot de specifieke responsiviteit (Hoogsteder et al., 2015).

b. Sensitief voor een responsief aanbod

ARopMaat-JoVo kan gemakkelijker aan het specifieke responsiviteitsprincipe voldoen, aangezien de behandeling grotendeels individueel is, maar ook door de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de jongere. Het materiaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel jongeren met een lage 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 jongeren voor oefeningen die het beste aansluiten op de 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.

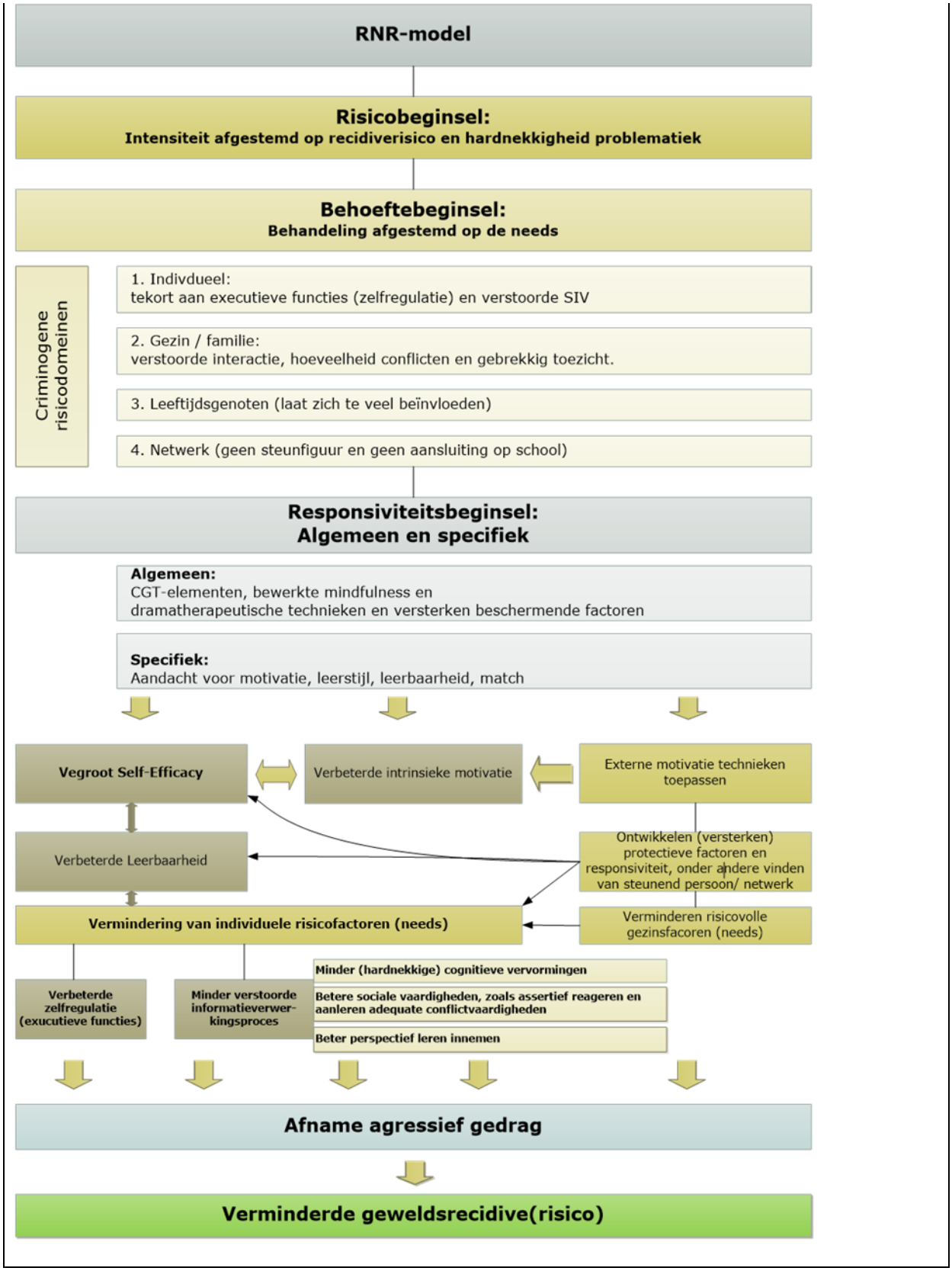
c. Verbeteren van zelfeffectiviteit en het geloof van eigen kunnen

De theorie van Bandura (1997) wordt 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; Burnette et al., 2013; Maddux, ,2005). 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. Weinig zelfeffectiviteit leidt sneller tot subassertief of agressief gedrag en een verstoring in het sociale informatieverwerkingsproces.

d. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de ARopMaat-JoVo-doelgroep gedemotiveerd is, zet de behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren. Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jongere en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. ARopMaat-JoVo 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). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkalliantie en in voldoende mate valideren (Taylor et al., 2015; Voutilainen, et al., 2018);
2. Er wordt aangesloten bij het eigenbelang van de jongere. Tot welke nadelen leidt het agressieve gedrag voor de jongere?
3. Er wordt actief met de jongere gezocht naar motivatoren (redenen die voor de jongere kloppen en maken dat het volgen van de ARopMaat-JoVo als voordelig wordt gezien);
4. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit, geloof in eigen kunnen (Briones-Rodriguez, et al., 2016);
5. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de leerstijl van een jongere (Bonta & Andrews, 2017). Er kan bijvoorbeeld naar behoefte worden gevarieerd met de mate waarin er gewerkt wordt met rollenspelen, rolwisseling, voordoen, gebruik filmfragmenten, ontspanningsoefeningen, stoelentechnieken, video-opnames, verdiepende vragen, discussiëren).


RNR-model
Risicobeginsel:
Intensiteit afgestemd op recidiverisico en hardnekkigheid problematiek
Behoeftebeginsel:
Behandeling afgestemd op de needs
Criminogene risicodomeinen
1. Indivdueel:
tekort aan executieve functies (zelfregulatie) en verstoorde SIV
2. Gezin / familie:
verstoorde interactie, hoeveelheid conflicten en gebrekkig toezicht.
3. Leeftijdsgenoten (laat zich te veel beïnvloeden)
4. Netwerk (geen steunfiguur en geen aansluiting op school)
Responsiviteitsbeginsel:
Algemeen en specifiek
Algemeen:
CGT-elementen, bewerkte mindfulness en
dramatherapeutische technieken en versterken beschermende factoren
Specifiek:
Aandacht voor motivatie, leerstijl, leerbaarheid, match
Vegroot Self-Efficacy
Verbeterde intrinsieke motivatie
Externe motivatie technieken toepassen
Verbeterde Leerbaarheid
Ontwikkelen (versterken) protectieve factoren en responsiviteit, onder andere vinden van steunend persoon/ netwerk
Vermindering van individuele risicofactoren (needs)
Verminderen risicovolle gezinsfacoren (needs)
Verbeterde zelfregulatie (exucutieve functies)
Minder verstoorde informatieverwer-kingsproces
Minder (hardnekkige) cognitieve vervormingen
Betere sociale vaardigheden, zoals assertief reageren en aanleren adequate conflictvaardigheden
Beter perspectief leren innemen
Afname agressief gedrag
Verminderde geweldsrecidive(risico)

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

Wat is op basis van de procesevaluatie bekend over de uitvoering van de interventie?
Stuur bij het indienen van de interventiebeschrijving de volledige publicatie van de procesevaluatie mee.

Beschrijf hier kort:

a) *De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave*
b) *De onderzoeksopzet (periode, methode van onderzoek, doelgroep, aantal respondenten)*
c) *Een korte samenvatting van de meest relevante resultaten: het bereik van de interventie, de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd zoals bedoeld (programma integriteit), de succes- en faalfactoren, de waardering en ervaring van de uitvoerders én doelgroep**
d) *Hoe de interventie is of wordt aangepast aan de hand van de resultaten van de procesevaluatie (indien van toepassing)*

**Bij bijvoorbeeld kinderen of mensen met een beperking kunnen ook naasten (ouders, mantelzorgers) worden bevraagd om hun waardering te achterhalen*.

LET OP: Is er sprake van verlengen van de erkenning en is er geen nieuwe procesevaluatie? Voeg in dat geval wel het actuele bereik van de interventie (sinds de laatste erkenning) toe.

Toelichting:

- Het gaat om onderzoek naar de hier beschreven interventie zoals deze is uitgevoerd in de praktijk. Het onderzoek mag zowel intern (door de eigen organisatie) als extern (door een onderzoeksorganisatie) zijn gedaan.
- Je mag gegevens uit verschillende onderzoeken/bronnen combineren in één rapport, benoem in dat geval welke resultaten uit welk onderzoek afkomstig zijn.
- De procesevaluatie mag niet ouder dan tien jaar zijn. Bij voorkeur wordt bij elke verlenging van de erkenning een nieuwe procesevaluatie aangeleverd. Dit is in ieder geval vereist wanneer de interventie substantieel gewijzigd of doorontwikkeld is.

Voorbeeld Sport en Gedrag II

Onderzoek naar de uitvoering 2015

A. Duijvestijn P., & Scherders S., (2015). Experimenteren met een educatieve straf in het voetbal. Evaluatie van training Sport en Gedrag. DSP-groep, Amsterdam.

B. Onderzoek

Het onderzoek betreft een kwalitatieve procesevaluatie.
In het onderzoek zijn telefonische interviews afgenomen bij drie groepen:

- Experimentele groep: jongeren die deel hebben genomen aan de training Sport en Gedrag I, n=5;
- Controlegroep: jongeren die een schorsing opgelegd kregen, n=5;
- Weigeraars: jongeren die het aanbod van een training Sport en Gedrag I hebben geweigerd, n=5.

De telefonische interviews hebben op drie verschillende momenten (voorafgaand aan de training, kort na de training en twee maanden na afloop) plaatsgevonden. Voor de experimentele groep is er gesproken met jongere, ouder(s), trainer en Halt-medewerkers. Voor de controlegroep is er gesproken met jongere en trainer. Daarnaast zijn medewerkers van het KNVB-district geïnterviewd over de werkwijze.

C. Resultaten

Uitvoering volgens plan

Het algemene beeld dat de Halt-medewerkers schetsten is dat de verschillende trajecten positief zijn verlopen. Het startgesprek en de zelftest werden uitgevoerd zoals beoogd. Het opstellen van de gedragscode bleek soms lastiger. Twee van de vijf deelnemers kwamen hier niet uit en twee anderen hadden meer tijd nodig (1,5 uur i.p.v. 1 uur). Maar uiteindelijk is het alle deelnemers met hulp van de Halt-medewerker wel gelukt. Daarnaast is het niet in alle gevallen tot excuusgesprekken met slachtoffers gekomen.

Bereik
Een kwart van de jongeren, die de training kreeg aangeboden, ging in op het voorstel. De beoogde respons lag hoger. Driekwart koos er voor om de opgelegde schorsing 'gewoon' volledig uit te zitten. Daarvoor werden twee redenen gegeven: ondervraagden vonden de training te zwaar voor de overtreding die is begaan en dat de nieuwe interventie nog onvoldoende ingebed is in de organisatie van de KNVB.

Waardering en ervaring
Deelnemers, ouders en bij de uitvoering betrokken Halt-medewerkers waren positief over de training. Vooral de zelftest (Wat voor voetballer ben ik?), de reconstructie van het incident en het reflecteren aan de hand van concrete beelden van ongewenst gedrag in het voetbal werden hoog gewaardeerd. Deze onderdelen leverden veel gespreksstof op en droegen ertoe bij dat jongeren zich bewuster werden van hun (onsportieve) gedrag op en rond het voetbalveld, de gevolgen daarvan en de mogelijkheden om sportiever gedrag te laten zien.

Succes- en faalfactoren
Jongeren die in de pilot kozen voor deelname aan de training, bleken al over enige mate van zelfinzicht te beschikken. Onder de weigeraars daarentegen bevonden zich jongeren die al eerder verbaal en fysiek geweld hadden laten zien. Hun reacties getuigden van minder inzicht in hun gedrag en de gevolgen daarvan voor het slachtoffer en bijvoorbeeld het sportklimaat. In deze groep zaten de zogeheten 'logische overtreders': jongeren die te boek staan als enigszins agressief en behept met een kort lontje. Zij hebben bovendien de neiging om hun rol in het incident te bagatelliseren: de schorsing vonden zij onterecht en/of te hoog en van deelname aan de Training Sport & Gedrag zagen zij af omdat ze die maatregel niet in verhouding vonden staan tot hun vergrijp.
Voor de uiteindelijke deelnemers aan de Training Sport & Gedrag speelde dit veel minder. Zij toonden zich beduidend schuldbewuster en stonden meer accepterend tegenover hun straf.

Onderzoek naar de uitvoering 2017
A. Duijvestijn P. & Deelen, I., (2017). Training Sport en Gedrag: levenslessen voor risicojongeren. Voetbal als aangrijpingspunt voor gedragsverandering: Evaluatie Training Sport &Gedrag I & II: 2016-2017. DSP-groep, Amsterdam.

B. Onderzoek
Deze evaluatiestudie betreft een 1-meting van de Training Sport en Gedrag I en een 0-meting van de training Sport en Gedrag II.

Voor de 1-meting van de training Sport en Gedrag I is een kwantitatieve meting door middel van online vragenlijsten gedaan onder jongeren en Halt-medewerkers. De vragenlijsten voor jongeren zijn op twee momenten afgenomen. Voorafgaand aan de training en direct na afloop. Hierbij was de omvang n=126, respectievelijk n=87. Halt-medewerkers zijn ondervraagd direct na afloop van de training. In deze groep was de respons 75. Aanvullend aan deze metingen zijn er vier interviews afgenomen onder Halt-medewerkers.

Voor de 0-meting van de training Sport en Gedrag II heeft een kwalitatieve procesevaluatie plaatsgevonden, vooral gericht op het achterhalen van kritische succesfactoren, ervaringen, duurzaamheid en reikwijdte van resultaten.

Daartoe zijn gesprekken gevoerd met jongeren (n=7), ouders (n=5) en voetbaltrainers (n=5). Verder heeft een verdiepend focusgroepsinterview plaatsgevonden met de Halt- medewerkers (n=3) die de jongeren hebben begeleid. Daarnaast zijn tuchtrechters, tuchtrechtcommissieleden en KNVB-medewerkers tuchtzaken geïnterviewd.

C. Resultaten
Uitvoering volgens plan
Uit de evaluatie blijkt dat relatief weinig jongeren de Training Sport en Gedrag II krijgen aangeboden, namelijk 21 procent van de jongeren die hiervoor in aanmerking zouden komen.

Bereik
Met deze training wordt een groep jongeren bereikt die niet alleen op het voetbalveld, maar ook op andere vlakken (school, buurt, thuis) tegen problemen aanlopen. Circa een derde heeft eerder een uitsluiting of

schorsing gehad en eveneens bijna een derde is in aanraking geweest met de politie. Vrijwel altijd gaat het om betrokkenheid bij een vechtpartij als gevolg van natrappen. Soms is daarnaast ook sprake van geweld of bedreiging van de scheidsrechters.

Deelnemers zijn tussen 15 en 19 jaar oud. Het onderwijsniveau varieert: er zijn deelnemers op vmbo-basisberoeps- en MBO-niveau, maar ook jongeren die een Hbo-opleiding volgen. Enkele deelnemers zitten niet meer op school en werken.

Waardering en ervaring
Zonder uitzondering berichtten deelnemers, hun ouders, trainers, Halt-medewerkers en betrokkenen bij het tuchtrecht positief over de Training Sport en Gedrag II. Ze vonden de training zinvol en goed in elkaar zitten. Jongeren en ouders waren vooral erg te spreken over de Halt-medewerkers. Hun deskundigheid en communicatieve vermogen werden dan ook hoog gewaardeerd.

Succes en faalfactoren
- De toegevoegde waarde van de Trainingen Sport en Gedrag is het grootst bij de zogeheten 'logische overtreders': heetgebakerde jongeren die vaker tegen problemen aanlopen op of buiten het voetbalveld. Ook 'incidentele overtreders' – jongeren die zich eenmalig hebben laten provoceren –hebben er baat bij, maar omdat zij doorgaans al over meer zelfinzicht en reflectief vermogen beschikken is het effect bij hen kleiner. Training Sport en Gedrag I en II sorteren dezelfde soort effecten (zie boven), maar bij Training II zijn die effecten logischerwijs diepgaander en sterker. Dit is in lijn met het verschil in intensiteit en duur van de beide trainingen.
- Het contact tussen jongere (plus ouders) en Halt-medewerker vormt de basis van de training. De inhoudelijke onderdelen van de trainingen zijn daar ondersteunend aan. De Halt-medewerkers blijken in staat om, door inzet van motivationele gesprekstechnieken, bij vrijwel iedereen wel een snaar te raken; dus óók bij jongeren die aanvankelijk weinig motivatie toonden.
- Maatwerk is cruciaal. Iedere deelnemer heeft wat anders nodig en het is aan de Halt-medewerkers om de juiste accenten te leggen: door onderdelen over te slaan, elementen toe te voegen en meer of juist minder focus te leggen op bepaalde deelaspecten. De Halt-medewerkers blijken in de praktijk van de trainingen heel goed aan te sluiten bij de leeftijd, het niveau, de kennis, de ervaring, de behoeften, de leerstijl en het karakter van iedere deelnemer.

Onderzoek naar de training 2023
A. Loon, D. van, Mukhtar, F., & Zwinnen, S. (2023). Tot tien tellen: Evaluatie trainingen Sport & Gedrag. Amsterdam: Kennisland.

B. Onderzoek
Dit evaluerende onderzoek bestaat uit kwalitatieve en kwantitatieve onderdelen.
Voor het kwalitatieve deel heeft Kennisland gesprekken gevoerd met vijf jongeren die Sport en Gedrag I/II hebben doorlopen en hun trainers. Van hen volgde er een Sport en gedrag I en vier volgden Sport en Gedrag II, bestaande uit Sport en Gedrag I aangevuld met Boosheidscontroletraining.
Voor het kwantitatieve deel is online een vragenlijst uitgezet voor alle jongeren die Sport en Gedrag I/II hadden doorlopen in de voorgaande jaren. Van hen vulden 53 jongeren (51 jongeren en 2 meisjes) de online vragenlijst in (66% Sport en Gedrag I, 34% Sport en Gedrag II). De leeftijd van deze jongeren varieerde van 13 tot en met 22 jaar (gemiddelde leeftijd 17 jaar). In totaal had 96.2% de training succesvol afgerond.
Het onderzoek is uitgevoerd om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van de training, zoals ervaren door de deelnemende jongeren en hun omgeving. De hoofdvraag van het onderzoek was dan ook wat de training had opgeleverd voor de jongeren en hun omgeving.

C. Resultaten
Waardering en ervaring
De meeste jongeren kijken positief terug op de training. Ze gaven hierbij aan zich meer bewust te zijn van hun gedrag op het voetbalveld.
Uit het kwalitatieve onderzoeksdeel blijkt dat de meeste jongeren voorafgaand aan de training weinig tot geen verwachtingen hadden van de training. De reden voor het volgen van de training was voor de meesten het verkrijgen van vermindering van de schorsingsduur.

De meeste jongeren gaven aan van Sport en Gedrag I/II geleerd te hebben. Zo gaven ze aan handvatten te hebben gekregen om rustig te blijven, hun boosheid beter te controleren en dit ook vaker op het voetbalveld toe te passen.
Een klein deel van de jongeren gaf aan naast de vermindering van de schoringsduur niet zoveel te hebben gehad aan de training. Sommigen gaven aan direct na het incident al spijt te hebben gehad en zich meteen bewust te zijn geweest van het eigen gedrag. Zij volgden de training vooral om snel weer te kunnen voetballen met hun team.
Sommige jongeren gaven aan dat de behandelde casussen beter aan zouden kunnen sluiten op hun eigen situatie en noemden hiervoor de overeenkomst met het eigen incident en het materiaal, dat volgens sommigen gericht was op een jongere doelgroep.

De rol van de trainer van Halt werd door de jongeren tijdens de gesprekken beoordeeld als erg belangrijk. Zij gaven veelal aan de Halt-trainer een fijne gesprekspartners te vinden, die hen in hun waarde liet en naast hen kwam staan in plaats van te vertellen wat ze moesten veranderen. Over het algemeen hadden ze een goede vertrouwensband opgebouwd met de trainer, wat ervoor zorgde dat ze zich gehoord en begrepen voelden. Hierdoor kon er tijdens de training verder gekeken worden dan alleen naar het incident op het veld. Diverse onderwerpen uit hun leven konden besproken worden – zonder beoordeeld te worden – hetgeen volgens de jongeren van grote meerwaarde was.

Zo mogelijk werd ook een naaste van de jongeren gesproken. De gesproken naasten gaven aan positief te zijn over de training en positieve gedragsverandering te zien. Ze benoemden dat de jongeren zich na de training rustiger gedroegen op het voetbalveld en ze waren ervan overtuigd dat de training ook buiten het voetbal positieve effecten teweeg bracht.

Aanbevelingen

- Jongeren gaven aan voorafgaand aan de training weinig tot geen verwachtingen van de training te hebben. Geef jongeren nog voordat wordt gekozen voor de training meer informatie over Halt en de training (doel, werkwijze, beoogde resultaten).
- Sommige jongeren vinden dat de inhoud van de training beter kan aansluiten bij hun eigen context. Bied de mogelijkheid voor meer maatwerk door meer lesstof achter de hand te hebben en de trainer te laten selecteren wat het beste aansluit bij de leeftijd, het opleidingsniveau, de leefwereld en de achtergrond van de jongere.
- Naar aanleiding van de gesprekken met de jongeren volgt tenslotte de aanbeveling om eventueel meer in te zetten op preventie en teamdynamiek. Door preventief aan teams waarbij agressie vaker voorkomt trainingen aan te bieden kunnen meer jongeren worden bereikt en kan wellicht nog meer recht worden gedaan aan de complexiteit van daderschap.

4.2 Onderzoek naar de effectiviteit – max 600 woorden per onderzoek

Wat is op basis van het beschikbare kwantitatief en/of kwalitatief onderzoek bekend over de effecten (werkzaamheid) van de interventie? Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van de interventiebeschrijving de volledige publicatie van iedere genoemd onderzoek mee. NB als er sprake is van meerdere publicaties, maar deze gaan over hetzelfde onderzoek, dan telt dit als één onderzoek.

Vul voor elk onderzoek de gevraagde informatie in volgens onderstaand format. Als er sprake is van meerdere onderzoeken met onafhankelijke steekproeven bij een interventie kunt u het format eerst kopiëren en plakken. Geef elk onderzoek een nummer en vul de gevraagde informatie in. Vermeld daaronder volgens het format welke publicaties uit het onderzoek voortgekomen zijn en vul ook hier de gevraagde informatie in.

Onderzoek [vul nummer in]
- Algemene informatie
Haal bij deze vragen steeds het antwoord dat niet van toepassing is weg.

*Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja/nee**

*Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja/nee**

** Als bij één van de vragen hierboven 'nee' is geantwoord is het belangrijk dat hieronder in de beschrijving van het onderzoek goed naar voren komt dat het doel, de doelgroep, de aanpak en het theoretisch model van de bestudeerde interventie voldoende overeen komen met de Nederlandse situatie en/of de op dit werkblad beschreven interventie.*

Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja/nee
Er is een voormeting. ja/nee
Er is een nameting. ja/nee
Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja/nee

Beschrijf kort per publicatie:

a) *De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave*
b) *De onderzoeksopzet (inclusief meetmomenten, doelgroep, respons/ uitval, de uitkomstmaten, de kwalitatieve en/of kwantitatieve onderzoeksmethoden). Geef aan welke uitkomstmaten bij welke onder 1.2 benoemde subdoelen horen.*
c) *Een korte samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot de mate waarin de interventie is uitgevoerd zoals bedoeld, de gevonden (positieve en negatieve) effecten en de werkzaamheid van de interventie.*

LET OP: Een review, meta-analyse of (inter)nationaal onderzoek naar vergelijkbare interventie(s) kan als tweede onderzoek tellen. Beschrijf in dat geval in hoeverre het doel, de doelgroep, de aanpak en het theoretisch model van toepassing zijn op de Nederlandse situatie en/of de voorliggende interventie.

Toelichting:

- Lees de eisen voor effectonderzoek in de publicatie: 'Kies erkend, krijg erkenning. Criteria 2024 – 2027'.
- Het onderzoek mag zowel intern (door de eigen organisatie) als extern (door een onderzoeksorganisatie) zijn gedaan.
- Ook kwalitatief evaluatieonderzoek of mixed methods onderzoek kan inzicht geven in de effectiviteit van interventies. Gebruik deze checklists voor het goed uitvoeren en rapporteren van kwalitatief evaluatieonderzoek en mixed methods onderzoek.
- Het is tenminste vereist dat er waarnemingen of metingen hebben plaatsgevonden voorafgaand aan of bij de start van de interventie én na afloop van de interventie (ofwel een voor- en een nameting). Aan de hand van deze waarnemingen of metingen kan vastgesteld worden in welke mate verandering heeft plaatsgevonden.
- Bij onderzoek naar de *ervaren* effectiviteit is vaak alleen sprake van een nameting, waarmee achterhaald wordt welke betekenis de doelgroep geeft aan de met de interventie behaalde resultaten. Bij dit type onderzoek komt de eis van tenminste twee metingen daarom te vervallen.
- Beschrijf bij een review of meta-analyse de kenmerken (het aantal studies, de selectiecriteria voor de studies, de onderzochte doelgroep) en resultaten over de effectiviteit van de interventie. De daarin gebruikte studies hoeven niet afzonderlijk te worden samengevat.

Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO

De aangehaalde studies die onder 4.1 zijn beschreven, maken duidelijk dat ARopMaat-JoVo zowel doeltreffend is in een residentiële als ambulante setting als gekeken wordt naar diverse uitkomstmaten en het verschil tussen de nul- en eindmeting. Er zijn daarnaast diverse scripties verschenen over de werking van de ambulante versie. Er werd dan bijvoorbeeld gekeken of ARopMaat even doeltreffend is voor jongeren met en zonder een LVB of voor meisjes en jongens (e.g., Fokkinga, 2014, Helmus, 2015). Het betreft pilotstudies, waarbij telkens opnieuw gekeken werd naar de programma-integriteit. De power was te klein om generaliserende uitspraken te kunnen doen, er werden echter overwegend positieve resultaten gevonden

Onderzoek 1

A. Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). Hoogsteder, Kuijpers, Stams, van Horn, & Hendriks (2014).

B. Dit onderzoek betreft een evaluatieonderzoek naar de effecten van ARopMaat-JoVo in een residentiële setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:

1. De Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; Lodewijks, de Ruiter, & Doreleijers, 2003). Dit is een risicotaxatie-instrument voor de residentiële setting om de kans op algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de behandelcoördinator ingevuld (dit was niet de ARopMaat-JoVo-behandelaar, maar wel een gedragsdeskundige);
2. Het aantal agressie-incidenten werden gegenereerd uit het justitiële registratiesysteem TULP-Jeugd en de reguliere incidentenregistratie-formulieren;
3. De Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch (BDHI-D; Lange, Hoogendorn, Wiederspahn, & De Beurs, 2005) werd gebruikt om hostiliteit en de neiging tot agressief gedrag te meten;
4. De AR-lijst (Hoogsteder, 2014) is een gevalideerde lijst om in kaart te brengen in hoeverre een jongere beschikt over vaardigheden die gerelateerd zijn aan zelfcontrole en assertiviteit;
5. De Utrechtse Coping Lijst (UCL: Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
6. De Lijst Irrationele Gedachtes (LIG; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) en de Hoe ik Denk (HID; Barriga, Gibbs, Potter, & Liau, 2001; Nas, Brugman, & Koops, 2008) werden ingezet om verschillende cognitieve vervormingen te kunnen meten die leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen, agressie of antisociaal gedrag.

De experimentele groep (n = 63) werd vergeleken met een groep jongeren (n = 28) voor wie ARopMaat-JoVo geïndiceerd was, maar op een wachtlijst stond en uiteindelijk geen ARopMaat-JoVo, maar 'treatment as usual (TAU)' ontving. De behandeling van de TAU-groep bestond voornamelijk uit cognitieve therapie (14,3%) en vaktherapie, zoals beeldende, drama- en muziektherapie (85,7%). Sommige jongeren uit de experimentele groep kregen overigens als onderdeel van het multimodaal behandelaanbod ook vaktherapie (49,2%) aangeboden.

C. Met Chi-kwadraat en/of t-toetsen zijn de experimentele en controlegroep vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen, zoals leeftijd, geslacht, verblijfstitel (civiel- of strafrechtelijk geplaatst), oppositionele gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), ADHD, intelligentie, licht verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, impulscontrole, type delictgedrag, verblijfsduur in de inrichting, culturele achtergrond, interventieduur, uitval en sociale wenselijkheid. Het bleek dat de ARopMaat-JoVo-groep significant verschilde van de TAU-groep in geslacht en verblijfsduur. Hier is op gecorrigeerd aan de hand van een ANCOVA.

De resultaten wezen uit dat de ARopMaat JoVo-groep vergeleken met de TAU-groep bij de eindmeting een significante verbetering liet zien op recidiverisico, agressief gedrag (waaronder aantal geregistreerde incidenten), copingvaardigheden, responsiviteit en cognitieve vervormingen, met uitzondering van negatieve attitude als onderdeel van cognitieve vervormingen. Het ging gemiddeld genomen om een middelmatig tot groot effect. Het is aannemelijk dat de gevonden positieve resultaten gerelateerd zijn aan het toepassen van de RNR-principes met extra aandacht voor het responsiviteitsprincipe, aangezien de TAU-behandeling niet op deze principes was gebaseerd.

82,5% van de jongeren uit de experimentele groep vond dat hij/zij door de behandeling minder vaak boos of geïrriteerd was. 90,5% zegt dat ARopMaat-JoVo geholpen heeft. 74,6% denkt dat hij/zij nu niet of minder vaak in aanraking zal komen met politie/justitie.

Tijdens het evaluatieonderzoek werd de programma-integriteit structureel getoetst. Uit de onderzoeksgegevens bleek dat de ARopMaat-JoVo-behandelaars voldeden aan de opleidingseisen, er vond om de twee weken intervisie plaats en aan de vereiste minimale caseload van drie jongeren was voldaan. Verder werd er via evaluaties regelmatig door de programmaverantwoordelijke gecontroleerd of het programma in voldoende mate werd aangeboden zoals bedoeld. Hieruit werd duidelijk dat de veronderstelde werkzame elementen in voldoende mate werden uitgevoerd.

Onderzoek 2

A. Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An Evaluation Study in a Dutch Juvenile Justice Institution in Terms of Recidivism. Hoogsteder, Stams, Schippers, & Bonnes (2018).
B. Dit onderzoek betreft een effectonderzoek naar de effecten van ARopMaat-JoVo in een residentiële setting in termen van (risico op) recidive. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten, namelijk:
1. De Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; Lodewijks, de Ruiter, & Doreleijers, 2003). Dit is een risicotaxatie instrument voor de residentiële setting om de kans op algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de behandelcoördinator ingevuld (dit was niet de ARopMaat-JoVo-behandelaar, maar wel een gedragsdeskundige);
2. Voor de recidivemetingen is gebruik gemaakt van gegevens uit de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD). Op basis van door de onderzoekers geleverde informatie over de jongeren die deelnamen aan het onderzoek is een bestand door het WODC aan de onderzoekers geleverd.

In deze studie werd het effect van ARopMaat-JoVo, een residentiële behandeling voor ernstig agressieve jongeren tussen de 16 en 21 jaar, vergeleken met het effect van een reguliere behandeling (Treatment As Usual – TAU) aan jongeren met soortgelijke problematiek in termen van (risico op) recidive. Ook werd er een moderatorenonderzoek uitgevoerd naar etniciteit, leeftijd en intelligentie.

C. Tijdens het evaluatieonderzoek werd de programma-integriteit structureel getoetst, deze bleek voldoende. Met Chi-kwadraat en/of t-toetsen zijn de experimentele en controlegroep vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen, zoals leeftijd, geslacht, verblijfstitel (civiel- of strafrechtelijk geplaatst), oppositionele gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), ADHD, intelligentie, licht verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, impulscontrole, type delictgedrag, verblijfsduur in de inrichting, culturele achtergrond, interventieduur, uitval en sociale wenselijkheid. Het bleek dat de ARopMaat-JoVo-groep significant verschilde van de TAU-groep in geslacht en verblijfsduur. Hier is op gecorrigeerd aan de hand van een ANCOVA en Cox Regressie Analyse.

De resultaten van het onderzoek toonden aan dat de ARopMaat-JoVo-groep significant beter scoorde dan de TAU-groep op risico van geweldsrecidive bij de nameting. De daadwerkelijke geweldsrecidive verminderde significant bij geweldsdelicten na twee en drie jaar. Ook werd er een significant effect gevonden bij vermogensdelicten (na twee jaar) en algemene recidive na een follow-up van één, twee en drie jaar. Na een follow-up van drie jaar is te zien dat de ARopMaat-JoVo-groep ruim de helft minder recidiveerde (29.8%) met geweldsdelicten (ARopMaat-JoVo-groep: 23,8%; TAO-groep: 53,6%). Voor algemene recidive was het gevonden verschil nog groter, namelijk 37,7%. ARopMaat-JoVo leidde echter geenszins tot vermindering van vermogensdelicten met geweld. Het onderzoek toonde verder aan dat de gerecidiveerde jongeren uit de experimentele groep in een periode van drie jaar significant minder delicten pleegden dan de gerecidiveerde jongeren uit de controlegroep. Echter, er werd geen significant verschil gevonden in ernst van de gepleegde delicten onder de gerecidiveerde jongeren van beide groepen.
Het effect van ARopMaat-JoVo bleek niet afhankelijk te zijn van etniciteit, leeftijd en intelligentie. Met andere woorden jongeren met een migratieachtergrond profiteerden evengoed van het inhoudelijke aanbod. Ook maakt de leeftijd van de jongeren niet uit, er is geen verschil in effect gevonden bij jongeren tussen de 16 en 18 jaar en tussen de 18 en 21 jaar. Ten slotte bleek ARopMaat-JoVo zowel voor jongeren met een LVB (IQ-score tussen de 70-85 en problemen met de zelfredzaamheid) te werken als voor jongeren zonder een LVB.
Dit onderzoek is een eerste verkenning over de effecten van ARopMaat-JoVo. Aangezien het onduidelijk is of de resultaten te generaliseren zijn, dienen de resultaten met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De resultaten van dit onderzoek zijn echter veelbelovend, zeker omdat het verschil in geweldsrecidive en algemene recidive tussen beide groepen erg groot is. De power is vrij klein om moderatoreffecten op te sporen. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de effecten.

Onderzoek 3
A. The Effects of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient for Young Adults Compared to a Control Group. Hoogsteder, Schippers, Sweers, & Stams. Under review.
B. Dit onderzoek betreft een effectonderzoek naar de effecten van ARopMaat-JoVo in een ambulante setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:

1. Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd en Volwassenen (RAF GGZ; Van Horn, Wilpert, Eisenberg & Mulder, 2013). Dit is een risicotaxatie-instrument voor de ambulante setting om de kans op onder andere algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten en volwassenen (afhankelijk van de versie) in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de regiebehandelaar ingevuld;
2. De YSR (Verhulst & van der Ende, 1997) is een vragenlijst waarop jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele- en gedragsproblemen kijkend naar de afgelopen zes maanden. Voor dit onderzoek is de schaal externaliseren gebruikt;
3. De Utrechtse Coping Lijst (UCL: Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
4. De Lijst Irrationele Gedachtes (LIG; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) werd ingezet om verschillende cognitieve vervormingen te kunnen meten die leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen, agressie of antisociaal gedrag.

C. In deze studie werd het effect van AROpMaat Ambulant, een behandelvorm voor (ernstig) agressieve jongeren en jongvolwassenen tussen de 16 en 24 jaar, vergeleken met de resultaten van een controlegroep met soortgelijke problematiek die verschillende evidence-based behandelvormen kregen aangeboden. De totale onderzoekgroep bestond uit 77 respondenten en was onderverdeeld in de AROpMaat-groep (n=47) en een vergelijkingsgroep (n=29). De jongeren uit de controlegroep voldeden allemaal aan de indicatiecriteria van AROpMaat, maar kregen wegens diverse redenen een andere behandeling aangeboden. Er was bijvoorbeeld een lange wachtlijst voor AROpMaat, een jongere koos zelf voor een andere behandelvorm of er werd verwacht door de regiebehandelaar dat een andere therapievorm beter zou aansluiten. De behandelingen die aan de controlegroep werden aangeboden waren: Multi Systeem Therapie (MST; 20,7%), Ouderschap met liefde en grenzen (OLG; 27,6%), Cognitieve gedragstherapie (CGT; 44,8%), en Schematherapie (6,9%). Bij MST en OLG ging het om jongeren tot en met 18 jaar.

Tijdens het effectonderzoek werd de programma-integriteit ook getoetst. Alleen onderzoeksresultaten van jongeren bij wie de programma-integriteit in orde was, zijn geïncludeerd. Met Chi-kwadraat en/of t-toetsen zijn de experimentele en controlegroep vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen. Het gaat om leeftijd, geslacht, intelligentie, migratieachtergrond, antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS), oppositionele gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), ADHD, licht verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, impulsbeheersingsstoornis, ASS type delict- en/of probleemgedrag, interventieduur en -frequentie. Er werden geen significante verschillen aangetroffen op deze achtergrondvariabelen.

De resultaten van het onderzoek wezen uit dat de AROpMaat-groep in vergelijking met de vergelijkingsgroep meer positieve veranderingen behaalde met betrekking tot de kans op geweldsrecidive, impulsiviteit, boosheid en agressie, motivatie, coping, cognitieve vervormingen en het functioneren op sociaal-emotioneel gebied. Bij de genoemde domeinen ging het om een middelgroot of groot effect met uitzondering van agressief gedrag (gerapporteerd door de jongere), daar betrof het een klein effect. Er werd geen significant effect gevonden op het functioneren van het gezin (waaronder de opvoedingsvaardigheden van de ouders) en regelovertredend gedrag (gerapporteerd door de jongere).

Er werd waarschijnlijk geen effect gevonden op het functioneren van het gezin, doordat 48,3% van de vergelijkingsgroep MST of OLG aangeboden heeft gekregen. Beide interventies zijn systemisch en specifiek gericht op het verbeteren van het gezinsfunctioneren. Zowel de experimentele groep als de controlegroep behaalden een groot effect op dit domein. Dit impliceert dat AROpMaat ook op dit domein voldoende resultaat heeft behaald.

5. Praktijkvoorbeeld – *optioneel* (max 600 woorden)

Beschrijf een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?

Toelichting:

- Een praktijkvoorbeeld kleurt het beeld van de interventie in. Het geeft een persoonlijk verhaal in plaats van een theoretisch, abstract verhaal.

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (zie aanwijzingen in de handleiding).

Toelichting:

- APA staat voor American Psychological Association. Onderstaande richtlijnen zijn gebaseerd op de 7e editie van de APA Style Guide, uit 2020.
- In de tekst (Hoofdstuk 3 Onderbouwing) verwijs je naar de bron door de achternaam van de auteur(s) te noemen, gevolgd door een komma en het jaartal.
    - Bij één of twee auteurs vermeld je alle namen. Bij drie of meer auteurs vermeld je alleen de naam van de eerste auteur gevolgd door 'et al.'.
    - Bijvoorbeeld: (Streefkerk et al., 2020)
- De literatuurlijst is alfabetisch geordend op de achternaam van de eerste auteur. Elke referentie begint met de achternaam van de (eerste) auteur, gevolgd door de voorletter(s), en dan, als die er zijn, de namen van de overige auteurs. Enkele voorbeelden van de weergave van bronnen (voor ander type bronnen, kijk in de APA Guide):
    - ***Boek***
      Auteur, A. A. (2020). *Titel van het boek.* Uitgever.
    - **Wetenschappelijk tijdschriftartikel (journal)**
      Auteur, A. A. (2020). Titel wetenschappelijk artikel. *Naam Journal, volume*(editie), xx-xx. DOI / URL
    - **Internetartikel**
      Auteur, A. A. (2020, 10 augustus). *Titel webpagina.* Naam website. Geraadpleegd op (datum), van URL
    - **Onderzoeksrapport**
      Organisatie (2020). *Titel van het rapport*. Geraadpleegd op (datum), van URL
    - **Onderzoeksrapport met auteur(s)**
      Auteur, A. A. (2020). *Titel van het rapport*. Organisatie. DOI / URL