

Interventie

Pas op de grens Jeugd

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 9 oktober 2024

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (4 augustus 2024).

Justitiële interventies: beschrijving Pas op de grens Jeugd. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van [Erkende justitiële interventies | Nederlands Jeugdinstituut](#).

Inhoud

Samenvatting	3
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	11
2. Uitvoering	16
3. Onderbouwing	20
4. Onderzoek.....	27
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	27
4.2 Onderzoek naar de effectiviteit.....	30
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	33
6. Aangehaalde literatuur	34

Samenvatting

Pas op de grens Jeugd is bedoeld voor jongens (12-21 jaar) die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen of hebben vertoond. Het gaat om jongeren met een matig, matig-hoog of hoge kans op algemene en/of seksuele recidive, maar hoe dan ook met een minimale score van laag-matig qua seksuele recidive. De doelgroep is onder te verdelen in de subgroepen misbruikers en kindmisbruikers. Pas op de grens Jeugd heeft als doel om seksueel grensoverschrijdend gedrag in het heden te stoppen en om de kans op recidive in de toekomst te reduceren. De interventie bestaat in ieder geval uit een individuele behandeling, de kernmodule kan eventueel in groepsverband worden aangeboden bij kindmisbruikers. Daarnaast worden de opvoeders bij de behandeling betrokken. De interventie maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen en werkt ook systeemgericht. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek, de behandelfase varieert van vier maanden tot maximaal één jaar, exclusief de nazorg.

Doelgroep

Pas op de grens Jeugd is bedoeld voor jongens (12 tot 21 jaar) met een IQ-score boven de 80 die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen of hebben vertoond met een laag-matig, matig of hoge kans op recidive. De jongens hebben één of meerdere seksuele delict(en) gepleegd (of de kans hierop is groot). Bij de doelgroep is sprake van (enige) psychoseksuele problematiek, zoals hyperseksualiteit en/of een parafiele stoornis, seksuele interesses in kinderen of interesses in seks onder dwang. De doelgroep is onder te verdelen in de subgroepen misbruikers en kindmisbruikers.

Doel

Het primaire doel van Pas op de grens Jeugd is tweeledig. Enerzijds gaat het om het minderen of stoppen van SGG in het heden. Anderzijds gaat het om het reduceren van recidive van SGG in de toekomst. Hiertoe richt de behandeling zich op het verminderen van SGG door dynamische (criminogene) risicofactoren te behandelen die gerelateerd zijn aan het seksuele probleemgedrag van de jongere en door protectieve factoren te versterken.

Aanpak

Pas op de grens Jeugd is een op maat gesneden behandeling en bestaat uit drie fasen (voorlopige indicatie en pre-behandeling, behandelfase en de nazorg). De interventie kent een cognitieve gedragsmatige en systeemgerichte aanpak. Het aanbod is individueel, eventueel kan de Kernmodule in groepsverband worden aangeboden bij de kindmisbruikers. Opvoeders worden vooral ingezet om veranderingen in het gedrag van hun kind te realiseren en voor het generaliseren. Verder worden er vrijwel elke sessie doe-oefeningen gedaan. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek, de behandelfase varieert van vier maanden tot maximaal één jaar, exclusief de nazorg. De intensiteit kan oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programmahandleiding voor de behandelaren en een managementhandleiding voor zowel de behandelaren als de managers van een instelling. De Startmodule, de module het Verminderen van Stress en Boosheid, en de Kernmodule beschrijven de inhoud van het programma voor zowel de jongere als de behandelaar. Ook is er de module voor de opvoeders (Gezin in beeld). Voor de werving kan gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie. Ook is er een PowerPoint die laat zien hoe de opleiding er uit ziet.

Onderbouwing

Het zorgprogramma maakt gebruik van het transactionele ontwikkelingsmodel om te verklaren hoe de ontwikkeling van SGG en/of het plegen van zedendelicten tot stand is gekomen. Hierbij wordt specifiek de systeemtheorie en het gedachtegoed van het Forward Focused model betrokken, dit model is specifiek ontwikkeld voor jeugdige zedendelinquenten. Het gebruikte verklaringsmodel biedt de mogelijkheid om verschillende criminogene risicofactoren onder te brengen die passen bij de twee subdoelgroepen (misbruikers en kindmisbruikers) die samen de totale doelgroep vormen. Het Forward Focused model gaat ervan uit dat de kans op het vertonen van SGG versterkt wordt tijdens de adolescentiefase. Naast de adolescentiefase als risicofactor, wordt SGG bij adolescenten beïnvloed door een combinatie van andere risicofactoren. Denk aan

een verhoogde kwetsbaarheid voor groepsdruk (misbruikers), het ervaren van een sociaal isolement (sterker en vaker aanwezig bij kindmisbruikers), een tekort aan executieve functies (impulsiviteit en een tekort aan oplossingsvaardigheden). De laatstgenoemde risicofactoren komen bij beide subdoelgroepen voor, maar in sterkere mate bij misbruikers. Het disfunctioneren is voor een groot deel verklaarbaar door grote veranderingen die optreden in de hersenen van adolescenten. Als resultaat hiervan kan SGG door jeugdigen worden gezien als korte-termijn gedrag (doen wat het eerste in je opkomt) in combinatie met geconditioneerde ingebakerde patronen die ontstaan zijn door andere risicofactoren (Central Eight).

Onderzoek

In 2018 toonde de procesevaluatie aan dat de programma-integriteit (PI) voldoende was, met scores van 91% door jongeren en 85% door behandelaren, beide boven de minimumvereisten van 80%. Jongeren beoordeelden de interventie met een 9,1 en rapporteerden een groot positief effect ($d = 0.90$) op het totaal van alle subdoelen na twee maanden, terwijl behandelaren een kleiner effect zagen ($d = 0.36$). De procesevaluatie in 2024 liet soortgelijke bevindingen zien. Er werd een gemiddelde PI-score van 81,8% behaald met de sessiechecklisten. Van de elf teams voldeed één team niet aan het vereiste niveau. Uit de ingevulde eindevaluatieformulieren die per behandelaar zijn ingevuld over zijn of haar caseload, kwam een gemiddelde score van 87,5%. Er zijn ook 61 individuele behandelingen beoordeeld, waarvan er 57 programma-integer zijn uitgevoerd. In de afgelopen twee jaar gaven 52 jongeren de methodiek een tevredenheidsscore van 8,3 en vonden zij de behandeling effectief (9,1). Aan het begin van de behandeling scoorden zij op het item 'grip op problemen' een 5,5, en na de behandeling een 7,9. Daarnaast hadden 49 jongeren er vertrouwen in dat zij na de behandeling geen seksueel grensoverschrijdend gedrag meer zouden vertonen.

Drie verschillende onderzoeken met twee verschillende datasets naar de doeltreffendheid van Pas op de Grens Jeugd laten een consistent beeld zien. De resultaten toonden significante afnames met een groot effect in seksueel en algemeen recidiverisico, evenals verbeteringen in seksuele problematiek en emotionele/persoonlijke zelfregulatie. Jongens met ASS, ADHD of een verleden van seksueel misbruik behaalden soortgelijke resultaten in vergelijking met jongens zonder deze problematiek. De studies met gebruikmaking van de eerste dataset lieten geen verbeteringen zien in het ervaren van sociale steun. De laatste studie heeft dit niet beoordeeld, maar uit de recente procesevaluatie bleek dat de sociale steun verbeterd was met een klein tot middelgroot effect ($d = 0,43$).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Pas op de grens Jeugd is bedoeld voor jongens (12 tot 21 jaar) met een IQ-score boven de 80 (eventuele problemen met betrekking tot het intellectueel en adaptief functioneren zijn beperkt) die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen of hebben vertoond met een matig, matig-hoog of hoge kans op algemene en/of seksuele recidive en een minimale score op laag-matig qua seksuele recidive. De jongens hebben één of meerdere seksuele delict(en) gepleegd (of de kans hierop is groot).

De doelgroep kan worden onderverdeeld in kindmisbruikers (SGG met een kind jonger dan tien jaar of minimaal vier jaar jonger, of met een persoon die fysiek en/of sociaal-emotioneel een stuk zwakker is) en misbruikers (SGG met een leeftijdgenoot of een persoon die ouder is). Bij beide groepen is het van belang om te bepalen in welke mate er sprake is van hyperseksualiteit (bij adolescenten kan dit ook met de leeftijd/ontwikkelingsfase te maken hebben) en/of een vorm van een parafiele stoornis. Een sterke mate leidt immers bij beide vormen tot sterke gevoelens van drang en leiden daardoor mogelijk eerder tot SGG.

Voor kindmisbruikers geldt in het algemeen dat er vaker sprake is van internaliserende problematiek zoals angst, depressie, en seksuele problemen (Ueda, 2017). Ze hebben weinig tot geen vriendschap met leeftijdsgenoten en hebben weinig sociale vaardigheden. Ook zijn zij relatief vaker slachtoffer van pesten en (seksueel) misbruik (Joyal et al., 2016; Ueda, 2017). Mede hierdoor is er een laag zelfbeeld ontstaan (weinig zelfvertrouwen), en is er sprake van gevoelens van eenzaamheid en sociaal isolement. Impulsiviteit uit zich onder andere in een gebrekkige (seksuele) zelfregulatie (Joyal et al., 2016). Het vermogen om emoties te reguleren is vaak beperkt en vooral naar binnen gericht. Het gaat bij deze subgroep om het moeite hebben met sociale relaties en intimiteit (op dit vlak is er een tekort aan sociale vaardigheden) en disfunctioneel seksueel gedrag, waarvan grensoverschrijdend gedrag een onderdeel is.

Voor misbruikers geldt dat ze naast SGG ook op andere leefgebieden antisociaal gedrag vertonen. Zo hebben zij problemen met de algemene zelfregulatieproblemen (waaronder impulsiviteit en een tekort aan oplossingsvaardigheden) en is dit vaak zichtbaar op verschillende leefgebieden. Het vermogen om emoties te reguleren is vaak beperkt, hierbij spelen ook gevoelens van boosheid een rol. Cognitieve vervormingen gaan niet alleen over seksualiteit, maar ook over het rechtvaardigen van antisociaal gedrag (waaronder agressie) en middelengebruik. In het algemeen hebben misbruikers, tegengesteld aan kindmisbruikers, een sociaal netwerk, maar zijn zij niet goed in het weerstaan van negatieve groepsdruk. Verder is onderscheidend voor deze subdoelgroep dat de thuissituatie vaker problematisch is, met bijvoorbeeld alleenstaande of werkloze ouders of mishandeling/verwaarlozing door de opvoeders (Höing et al., 2010). Bij deze subdoelgroep is sprake van een antisociaal gedragspatroon gevoed door negatieve sociale druk. Het gaat om regel overtredend gedrag, waarvan SGG (slechts) een onderdeel is (Ueda, 2017).

Bij beide subgroepen is sprake van overlap in risicofactoren (waaronder impulsiviteit en een tekort aan oplossingsvaardigheden), Er is niet altijd een duidelijk onderscheid te maken, een pleger kan uitsluitend misbruiker of kindmisbruiker zijn, maar ook kenmerken van beide subgroepen vertonen.

Intermediaire doelgroep

Pas op de grens Jeugd richt zich naast de jongere, ook op de opvoeder(s) van de jeugdige. Er wordt geprobeerd om opvoeders vanaf de start actief te betrekken bij de behandeling door het aanbieden van de module gezin in beeld met focus op het naleven van het veiligheidsplan, het verbeteren van de seksuele opvoedvaardigheden en de kwaliteit van het contact. Als de jongere jonger dan 16 jaar is, zal indien nodig ook aandacht zijn voor de algemene opvoedingsvaardigheden. Deelname van de opvoeder aan het zorgprogramma is bij jongeren boven de 16 jaar geen harde eis. Als het niet lukt om de opvoeder te betrekken, dan wordt een betrokken systeemlid gestimuleerd om steun aan de jongere te bieden en om een bijdrage te leveren aan het naleven van het veiligheidsplan.

Selectie van doelgroepen

De jongere wordt via een verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling die Pas op de Grens aanbiedt. Er vindt van tevoren vaak overleg plaats met de verwijzer om te toetsen of de aanmelding passend is. Tijdens

het intakegesprek wordt onderzocht of een jongere voorlopig geïndiceerd lijkt voor het zorgprogramma¹. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld met doelen voor de voorbereidende behandelingsfase. In deze fase vinden risicotaxatie en assessment plaats, maar is ook aandacht voor het motiveren, het betrekken van de opvoeder(s) en het opstellen van een veiligheidsplan. De uitkomst van de risicotaxatie (en indien nodig verdiepende diagnostiek) vormt de basis voor een uitgebreid behandelplan dat leidend is tijdens de behandelingsfase. Dit plan wordt ingebracht in een multidisciplinair teamoverleg (MDO). De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en draagt zorg voor het opstellen van beide behandelplannen. Tijdens dit traject speelt de regiebehandelaar een grote rol, vaak samen met een medebehandelaar.

Indicatiecriteria

Formele criteria

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jongere is tussen de 12 en 21 jaar oud en heeft een IQ-score van 80 of hoger. Afhankelijk van de uitkomst van de screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) en het opleidingsniveau dat de jongere volgt, wordt bepaald of er een intelligentietest moet worden afgenomen. Het is van belang dat de jongere in voldoende mate kan profiteren van de interventie, dit is aannemelijk als de problemen met het intellectueel en adaptief functioneren slechts beperkt zijn. Bij twijfel over het niveau van adaptief functioneren wordt het screeningsinstrument SCAF (Screener voor adaptief functioneren en licht verstandelijke beperking) voor jeugdigen afgenomen.

Inhoudelijke criteria

1. Uit informatie van de verwijzer blijkt dat de jongere minstens één of meerdere seksuele delicten heeft gepleegd of dat de kans hierop groot is. Als er misdrijven zijn gepleegd dan gaat het om misdrijven tegen de zeden, denk aan ontucht, aanranding en verkrachting, het kan ook gaan om SGG via de sociale media, (artikel 240, 242 tot en met 249).
2. De jongere scoort op de RAF-GGZ Jeugd (Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd (Van Horn et al., 2009) matig, matig-hoog of hoog op algemene en/of seksuele recidiverisico met een minimale laag-matig score op seksueel recidiverisico;
3. Er is sprake van (enige) psychoseksuele problematiek. De jongere scoort op de RAF-GGZ Jeugd een 1 of hoger op seksuele deviatie en/of seksuele preoccupatie.
4. Er is ten minste sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis en/of de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) en/of CD, en/of ASS en/of ADHD en/of een parafilie stoornis. Het kan ook gaan om een cluster-B persoonlijkheidsstoornis.

Indicatiecriteria kindmisbruiker versus misbruiker

Om te bepalen of het gaat om een misbruiker of kindmisbruiker wordt gekeken naar het indexdelict, daarnaast wordt gebruik gemaakt van de J-SOAP-D (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol; Bullens et al., 2014). Als het gaat om een kindmisbruiker dan scoort hij lager op schaal II (antisociaal gedrag) dan op schaal I (seksuele drang) al dan niet in combinatie met een matig of hoge score op schaal I en schaal III (inzicht en responsiviteit). De misbruiker scoort hoger op schaal II dan schaal I.

Kindmisbruiker (seksueel risicoprofiel)

Mocht een jongere passen in dit profiel, dan zijn de onderdelen uit de kernmodule gericht op de seksuele zelfregulatie, baas over je gedrag, en het vergroten van zelfvertrouwen en het doorbreken van het sociale isolement hoe dan ook van toepassing.

Misbruiker (antisociaal risicoprofiel)

¹ Vaak wordt uit de gegevens van de verwijzer al duidelijk of behandeling bij de Waag of Accare van toepassing is. Na het intakegesprek wordt dit meestal al definitief besloten. Als er twijfels zijn, dan wordt dit in het initieel behandelplan beschreven en tevens wordt aangegeven welke acties nodig zijn om hier helderheid over te krijgen. In het initieel behandelplan wordt verder aangegeven of Pas op de Grens Jeugd voorlopig geïndiceerd is. In het behandelplan dat geldt voor de behandelingsfase, wordt zichtbaar of het een definitieve indicatie betreft.

Bij jongeren die meer passen bij het antisociale risicoprofiel is het hoofdstuk 'baas over je gedrag' uit de kernmodule geïndiceerd. Voor hen is verder de module het Verminderen van Stress en Boosheid van toepassing. Als blijkt uit het delict dat de jongere een groepsdader is, dan is eveneens het onderdeel over het leren weerstaan van groepsdruk uit het hoofdstuk 'Assertiviteit' van de kernmodule geïndiceerd.

Contra-indicatiecriteria

Contra-indicaties voor deelname aan het zorgprogramma

1. De jongere is niet te motiveren om in behandeling te gaan².
2. De jongere kampt met een acute psychose;
3. Er is sprake van ernstige verslavingsproblematiek die leren/verandering onmogelijk maakt. Meestal wordt dit duidelijk door gedrag tijdens de intake, informatie vanuit het netwerk en de verwijzer en de uitkomst van de screening op problematisch middelengebruik.

Contra-indicatie voor het groepsgericht werken³

De behandeling is grotendeels individueel, maar het is mogelijk om bepaalde onderdelen in groepsverband aan te bieden als dit past bij de leerstijl van de jongere, zie voor meer informatie het kopje over de inhoud van de aanpak. Voor een groepsgerichte aanpak gelden de volgende contra-indicaties:

1. De jongere is een misbruiker;
2. Het werken in een groep is voor de jongere te bedreigend of onveilig;
3. De jongere versterkt regelmatig negatieve attitudes van groepsgenoten of is zelf structureel negatief aanwezig; dit komt vooral voor bij jongeren met een antisociale persoonlijkheidsstoornis;
4. Bij de jongere is sprake van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

De contra-indicatiecriteria worden vastgesteld op grond van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek, de pre-behandelingsfase en de klinische blik van de regiebehandelaar.

Betrokkenheid doelgroep

Vanaf het begin van het ontwikkelingsproces werd aan jongeren, zowel mondeling als schriftelijk, gevraagd om hun ervaringen en tips te delen. Zij gaven vooral feedback op opdrachten en plaatjes, die grotendeels na overleg met de betrokken behandelaars werden aangepast. Later werd bij de Waag een procesevaluatieonderzoek uitgevoerd met 20 jongeren (Stuij, 2018). Jongeren beoordeelden de interventie destijds met een gemiddelde score van 9,1 en waardeerden de balans tussen aandacht voor probleemgedrag en hun positieve eigenschappen en mogelijkheden. Enkele jongeren vroegen om meer doe-oefeningen. Behandelaren waren het hiermee eens, waardoor er meer oefeningen zijn toegevoegd. De voormalige titel 'SOS-ZORG' werd negatief ervaren en daarom gewijzigd. Jongeren vonden het ook niet prettig dat op het titelblad werd vermeld dat de behandeling over seksueel grensoverschrijdend gedrag ging, daarom is deze informatie verplaatst naar de tweede pagina. Vanaf 2019 werden jongeren en opvoeders structureel om feedback gevraagd via evaluatieformulieren. De feedback werd gebruikt om een beeld te krijgen van hoe de methodiek wordt ervaren en om de methodiek te verbeteren en beter aan te laten sluiten bij de doelgroep. Er zijn echter geen grote aandachtspunten naar voren gekomen, waardoor er geen grote veranderingen zijn aangebracht.

1.2 Doel

Hoofddoel

De interventie heeft primair tot doel om seksueel grensoverschrijdend gedrag in het heden te stoppen en (de kans op) recidive van seksueel delictgedrag in de toekomst te reduceren. Om te bepalen of het hoofddoel

² Als er sprake is van demotivatie wordt er fors ingezet op het motiveren, waaronder het opbouwen van een behandelrelatie. Eventueel is outreachend werken gepast als dit motiverend werkt of het rust in crisissituaties brengt. Als een jongere echter blijft weigeren om een gesprek aan te gaan, dan is er sprake van een contra-indicatie.

³ Het is mogelijk om jongeren de Kernmodule grotendeels in groepsverband aan te bieden als het gaat om jongeren die vallen onder de subgroep kindmisbruikers. Er dient dan echter geen sprake te zijn van een contra-indicatie voor groepsgericht werken. Groepsgericht werken wordt ingezet als het aannemelijk is dat de jongere gemakkelijker tot leren komt in een groep en hier steun aan ontleent. De groep dient overigens nooit groter dan zes personen te zijn. Op die manier kan de responsiviteit beter worden gewaarborgd.

wordt behaald, worden de RAF-GGZ Jeugd, de J-SOAP-D en de SGG-doelenlijst gebruikt. De laatstgenoemde lijst wordt door de behandelaar, de jongere en de opvoeder ingevuld. Bij het eerste instrument wordt gestreefd naar het bereiken van een lager risiconiveau.

Bij de J-SOAP-D wordt gestreefd naar vermindering van de dynamische risicofactoren (schaal IV (persoonlijke en maatschappelijke stabiliteit), helaas is schaal III onbetrouwbaar gebleken). Als er onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van de interventie dan worden er ook recidivecijfers opgevraagd bij het WODC. Een hogere score bij de SGG-doelenlijst (een gemiddelde stijging van anderhalve punt) betekent dat de dynamische risicofactoren zijn verminderd en dit leidt tot minder kans op recidive.

Subdoelen

Hieronder worden de verschillende subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. Het betreft subdoelen voor de gehele doelgroep en subdoelen voor de kindmisbruikers en de misbruikers. Hierbij wordt ook stilgestaan of het om jongeren gaat met hyperseksualiteit of een parafilie stoornis die kan leiden tot SGG.

N.B. Er zijn jongeren die kenmerken hebben van beide subgroepen. De regiebehandelaar checkt dan welke subdoelen van beide groepen van toepassing zijn.

Subdoelen voor de gehele doelgroep

Algemene veiligheid

De jongere houdt zich aan de afspraken van het veiligheidsplan en staat hier ook achter (startmodule en indien mogelijk gezin in beeld).

Responsiviteit

Bij de jongere is sprake van verandermotivatie. De jongere toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering (begint tijdens de startmodule).

1. Seksuele zelfregulatie

De jongere weet wat seksueel grensoverschrijdend gedrag is en herkent dit bij zichzelf (Kernmodule (KM), hoofdstuk seksualiteit).

2. Beperkt positief zelfbeeld, gebrek aan sociale- en oplossingsvaardigheden/sociaal isolement

- A. De jongere oefent met het herkennen en accepteren van de (seksuele) grenzen van een ander (KM: grenzen herkennen en accepteren).
- B. Er is minimaal één persoon uit het netwerk van de jongere die daadwerkelijk steun biedt (begint al tijdens de Startmodule).

3. Problemen met de algemene (en seksuele) zelfregulatie

- A. De jongere is in staat om (seksuele) impulsen te beheersen als deze mogelijk leiden tot problemen. De jongere kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen. Ook is hij in staat om minimaal twee beheersingsvaardigheden toe te passen als de neiging tot SGG of andere vormen van ongewenst gedrag sterk wordt. Bij beide subgroepen wordt aan dit *doel gewerkt via het hoofdstuk Baas over eigen gedrag. De onderliggende problematiek kan echter verschillend zijn. Bij kindmisbruikers kan de impulsiviteit bijvoorbeeld voortkomen uit een verlangen tot specifieke seksuele verrichtingen die kunnen leiden tot SGG. Bij misbruikers kan het ook gaan om impulsiviteit die gevoed wordt door boosheid. N.B: Het doel heeft extra aandacht nodig bij jongeren met hyperseksualiteit of sterke drang tot een parafilie die kan leiden tot SGG).*
- B. De jongere kan zijn emoties herkennen en hier gepast uiting aan geven, zodat verwerking mogelijk is (KM: meer zicht op je emoties).
- C. De jongere beschikt over basale oplossingsvaardigheden. Hij kan enkele oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen bij lastige situaties en indien nodig om hulp vragen (elke sessie).

4. Problematische attitude en cognities (hoofdstuk KM: Anders denken)

De jongere kan functionele (helpende) gedachten toepassen en maakt geen gebruik van goedpratens. De irrationele gedachten/problematische opvattingen die gerelateerd zijn aan seksueel grensoverschrijdend (*geldt vooral voor kindmisbruikers*) en/of antisociaal gedrag (*geldt vooral voor misbruikers*) zijn afgenomen.

Subdoelen bij kindmisbruikers

1. Seksuele zelfregulatie (Baas over je gedrag, geldt ook voor jongeren met hyperseksualiteit of sterke drang tot parafilie die kan leiden tot SGG).

- A. De jongere heeft een adequate seksuele zelfregulatie. Dit betekent dat de jongere het verlangen naar seksueel afwijkend gedrag de baas is. Zeker als dit kan leiden tot strafbaar gedrag.
- B. De jongere denkt niet voortdurend aan seks (indien van toepassing). De jongere is in staat om dagelijks aandacht te besteden aan bezigheden die passen bij diverse leefgebieden.

2. Beperkt positief zelfbeeld, gebrek aan sociale- en oplossingsvaardigheden/sociaal isolement

- A. De jongere weet wat hij kan en ervaart een paar keer per week momenten van zelfvertrouwen (KM: vergroten van je zelfvertrouwen).
- B. De jongere beschikt over adequate vaardigheden voor het maken van contact. Hij doet minimaal wekelijks een activiteit met een ander (KM: Contact maken).
- C. Er is een adequate dagbesteding gerealiseerd (indien nodig: KM: Wat wil ik veranderen?). De jongere ervaart hierdoor minder sociaal isolement.

Subdoelen bij misbruikers

1. Beperkt positief zelfbeeld, gebrek aan sociale- en oplossingsvaardigheden/sociaal isolement

De jongere is in staat om de negatieve groepsdruk van leeftijdgenoten te weerstaan (indien er grensoverschrijdend gedrag in groepsverband wordt gepleegd (KM: Assertiviteit).

2. Problemen met de algemene zelfregulatie

De jongere is in staat om stress en/of boosheid te verminderen. De jongere doet dagelijks oefeningen die leiden tot minder stress en/of boosheid. Ook kent en doet de jongere oefeningen die hem helpen bij het legitiem uiten van gevoelens van boosheid (module het Verminderen van Stress en Boosheid).

Subdoelen voor opvoeders voor de gehele doelgroep (module Gezin in beeld)

- 1. Opvoeders begrijpen meer over de gedragsproblemen (CD, ODD, SGG, ASS, ADHD) van hun kind door het krijgen van psycho-educatie en zijn in staat om het veiligheidsplan na te leven.
- 2. Opvoeders weten waar een seksuele opvoeding uit bestaat en krijgen hiervoor handvatten aangereikt. Zij kunnen SGG bij hun kind begrenzen en zorgen voor de juiste steun (eventueel door de inzet van iemand anders) bij vragen en/of moeilijkheden over seksualiteit.

Subdoel voor opvoeders van kindmisbruikers

- 1. Opvoeders stimuleren de jongere tot het uitbreiden van zijn netwerk voor het verkrijgen van steun en het wekelijks doen van een activiteit met leeftijdsgenoten.

Subdoelen voor opvoeders van misbruikers

- 1. Opvoeders beschikken over meer copingvaardigheden, in het bijzonder over meer oplossingsvaardigheden in het omgaan met hun kind.
- 2. De opvoedingscompetenties van opvoeder(s) zijn verbeterd, ze hebben meer gezag en zicht op waar hun kind mee bezig is, maar tonen ook (meer) begrip en zijn in staat tot valideren (actief luisteren en aandacht voor de denkwijze en emoties van hun kind).

Voor het evalueren van het behalen van de subdoelen wordt naast de RAF-GGZ Jeugd (ook functioneren van het gezin), de J-SOAP-D en de SGG-doelenlijst (ook functioneren van het gezin), ook de Forensische Klachten Lijst Jeugd (FKL-J; Van Horn & Boswinkel, 2019) gebruikt. De FKL meet o.a. mate van boosheid, de actieve coping en executieve functies gericht op gedragsregulatie en functioneren m.b.t. seksualiteit. Om de behandelingsfase succesvol af te ronden is het nodig dat de scores op deze instrumenten in vergelijking met de nulmeting zijn verbeterd. Op groepsniveau betekent dit dat de veranderingen bij alle subdoelen significant zullen zijn.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

Er wordt gewerkt met een Startmodule, Kernmodule en de module Gezin en Beeld. De modules bestaan uit verschillende hoofdstukken. Sommige hoofdstukken en enkele onderdelen uit de hoofdstukken zijn optioneel; deze worden alleen toegepast als dit aansluit bij de problematiek van de jongere/opvoeder(s). Hetzelfde geldt voor de optionele module het Verminderen van Stress en Boosheid.

Opzet/fasering

Pas op de grens Jeugd bestaat uit de volgende drie fasen:

1. Voorlopige indicatie en voorbereidende behandelfase. Deze fase kan worden gezien als een verkenningsfase met de maximale duur van drie maanden (intake, voorlopige indicatie, opstellen initieel behandelplan, uitvoering geven aan de voorbereidende behandelfase met ter afsluiting een behandelplan die geldt tijdens de behandelfase). Tijdens deze fase wordt gestart met de Startmodule, de jongere en opvoeder(s) worden indien nodig gemotiveerd om aan de behandeling deel te nemen. Er wordt aan veiligheid gewerkt, maar ook aan het vergroten van de responsiviteit door stil te staan bij de eigen kracht en mogelijkheden. Daarnaast is er aandacht voor het betrekken van een steunend netwerk en het leren herkennen van risicofactoren. Ook wordt er zorggedragen voor risicotaxatie en assessment.
2. Behandeling. Er wordt gewerkt aan de onderdelen uit de Startmodule waar tijdens de pre-behandeling nog niet aan toe is gekomen, maar die wel van toepassing zijn. Daarna volgen de standaard en geïndiceerde optionele onderdelen uit de Kernmodule met als doel SGG te stoppen, eventueel in combinatie met de optionele module het Verminderen van Stress en Boosheid. Voor indicatiestelling van de optionele onderdelen wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van het risicotaxatie-instrument, de J-SOAP en de doelenlijst. Parallel aan dit aanbod wordt de module Gezin in beeld aangeboden. Ook is ondersteunende behandeling mogelijk, zoals EMDR of farmacotherapie voor het behandelen van bijvoorbeeld ADHD.
3. Nazorg. In de nazorgfase werken jongeren en opvoeders aan het voorkomen van terugvalpreventie. Er wordt getoetst of nieuwe vaardigheden in voldoende mate worden toegepast. Tijdens de nazorg wordt het aantal face tot face interventies afgebouwd en zal het contact steeds vaker uit telefonisch contact en beeldbellen bestaan, indien de veiligheid dit toelaat. Zodra de behandelaar merkt dat er sprake is van (dreigende) terugval of als de jongere eenzaamheid ervaart, wordt het contact geïntensiveerd. De nazorg worden stopgezet, als de jongere minimaal twee maanden achter elkaar stabiel gedrag heeft laten zien. De nazorg wordt dan volledig overgedragen aan de reclassering, indien hier sprake van is.

Frequentie en duur

De duur en intensiteit zijn bepaald op basis van ervaringen die zijn opgedaan in het jarenlang behandelen van de doelgroep. De eerste fase is binnen twaalf weken afgerond. De duur van de behandelfase is afhankelijk van het recidiverisico, de motivatie en het leertempo van de jongere. Het gaat om minimaal vier maanden tot maximaal 12 maanden (exclusief de nazorgfase). De aangeboden behandel frequentie verschilt per jongere. Als er geen aanvullende behandeling wordt aangeboden en het om een laag-matig tot matig recidiverisico gaat, dan wordt er gemiddeld genomen een keer per week een behandelsessie aangeboden. Parallel aan deze behandeling vinden ook een keer per twee weken sessies plaats met de opvoeder(s). Mocht er sprake zijn van aanvullende behandelvormen, een hoger recidiverisico en/of acute risicofactoren dan kan er gemiddeld genomen anderhalf tot drie keer per week een sessie worden aangeboden. Bij het bepalen welke frequentie het meest passend is, wordt rekening gehouden met de draagkracht van de jongere en de opvoeders. Het is belangrijk dat het volgen van een opleiding en andere vormen van dagbesteding voortgezet kunnen worden. De duur van een individuele sessie kan variëren van 45 minuten tot 90 minuten. Een groepssessie duurt ongeveer 90 minuten, inclusief pauze.

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

De onderdelen uit de module worden waar mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht over de inhoud van de modules). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een jongere minder gestrest en/of boos is, is het bijvoorbeeld makkelijker om te werken aan het hoofdstuk Anders denken uit de Kernmodule. In het kader van

de responsiviteit kan echter van de volgorde worden afgeweken, bijvoorbeeld als een jongere weerstand toont tegen een specifiek onderdeel en liever begint met een ander onderdeel. De tijd die een jongere of een groep met een hoofdstuk bezig is, is afhankelijk van het leertempo en de hardnekkigheid van de problematiek. Mocht dit tempo binnen een groep verschillen, dan werkt een jongere individueel door aan het thema. Ook hang het af van de inbreng van een jongere tijdens het bespreken van de afgelopen periode.

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij wordt gevraagd of de jongere een lastige situatie heeft meegemaakt. Zo ja, dan wordt er ook stilgestaan bij het bedenken van een passende reactie en het oefenen hiervan. Verder wordt er stilgestaan bij positieve en onprettige ervaringen, de emoties die de jongere heeft ervaren en hoe vaak hij bezig was met seks. Eventueel wordt ook navraag gedaan naar de mate waarin (seksuele) spanning werd ervaren. Na het bespreken van deze vragen wordt er doorgedaan met onderdeel uit de module, focus ligt dan op het bieden van inzicht en het doen van een oefening. Aan het einde van de sessie wordt er al pratend de bijeenkomst samengevat en wordt er een passende thuisopdracht aan de jongere meegegeven om zo het generaliseren te bevorderen. Meestal in de vorm van een doe-oefening. Bijvoorbeeld door de komende dagen te oefenen met het toepassen van een beheersingsvaardigheid of een helpende gedachte. Indien nodig worden er altijd motivatietechnieken ingezet om motivatieverandering te stimuleren.

Individuele versus groepsbehandeling

Er wordt (grotendeels) individueel behandeld in combinatie met het betrekken van de opvoeder(s), indien mogelijk. Alleen de standaard onderdelen uit de Kernmodule en de onderdelen die passen bij de kindmisbruiker kunnen eventueel in groepsverband (kleine groepjes: maximaal zes jongeren) worden aangeboden als dit (beter) aansluit bij de leerstijl van de jongere, het gaat om een kindmisbruiker en er is geen sprake van de eerder geformuleerde contra-indicaties. Ook moet het logistiek gezien haalbaar zijn. Het is immers essentieel dat de jongere niet te lang hoeft te wachten voordat er een groep van start gaat. In de praktijk is het om die reden tot nu toe nog niet voorgekomen. Als er gekozen wordt voor een groepsgericht aanbod, dan wordt alsnog minimaal elke drie weken een individuele sessie aangeboden. Er is dan aandacht voor de optionele onderdelen uit de kernmodule die bij de jongere van toepassing zijn. Dit kan echter vaker worden ingezet (afhankelijk van het recidiverisico, de aanwezigheid van acute risicofactoren, het leertempo en de mate waarin er sprake is van demotivatie). De evaluaties die iedere vier maanden plaatsvinden zijn altijd individueel gericht, maar in aanwezigheid van de opvoeder(s) (als het gaat om jongeren onder de 16 jaar, bij jongeren boven de 16 jaar geldt dit alleen als het is gelukt om opvoeders en jongeren hiertoe te motiveren) en de verwijzer (tenzij het gaat om de huisarts). In verband met het verzorgen van een veilig leerklimaat bestaat een groep uit maximaal zes jongeren.

1. Startmodule (standaard).

Deze module wordt tijdens de voorbereidende behandelfase aangeboden. Er wordt gewerkt aan het motiveren (werken met voor- en nadelenbalans) en het opstellen van een veiligheidsplan. Hierbij worden ook de opvoeder(s) betrokken. Verder ligt de focus op het in beeld brengen van het netwerk met een netwerkanalyse en het verkrijgen van meer steun. Bij kindmisbruikers wordt er vooral gewerkt aan een plan voor het uitbreiden van het netwerk, bij misbruikers wordt vaker bekeken wie een negatieve invloed heeft, wat dit voor de jongere betekent en hoe dit doorbroken kan worden. Er wordt ingegaan op de krachten van de jongere door te kijken naar wat er goed gaat in het leven. De module besteedt ook aandacht aan negatieve en positieve gebeurtenissen die de jongere heeft meegemaakt (via het werken met een levenslijn). Op deze wijze wordt getracht te ontdekken of er ervaringen zijn die van invloed zijn op het getoonde SGG. De module wordt afgerond door te ontdekken aan welke levensdoelen de jongere wil werken die helpen om te worden zoals de jongere graag wil zijn. Op basis van de uitkomst worden ten slotte leerdoelen voor de komende periode geformuleerd. Hierbij wordt uitgegaan van het gedachtegoed van het Good Lives Model, namelijk dat het werken aan “levensdoelen” en “hoe je graag wil zijn” beschermend werkt en motiverender is, dan (alleen) risicogericht behandelen.

2. De module het Verminderen van Stress en Boosheid (optioneel)

Deze module is vooral bedoeld voor de misbruiker en biedt handvatten om gevoelens van stress en boosheid te verminderen. De jongere leert gevoelens van stress en boosheid bij zichzelf waar te nemen en ontdekt welke (structurele) situaties de gevoelens versterken. Daarnaast onderzoekt de jongere welke manieren helpen om

stress en boosheid te verminderen, aangezien dit leidt tot meer leerbaarheid en zelfeffectiviteit en minder negatieve emoties, waaronder boosheid. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen en de oefening 'wisselen van aandacht'. Het is de bedoeling dat de jongere minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen en dit regelmatig herhaalt waardoor chronische stress gereduceerd wordt.

3. Kernmodule (standaard met optionele onderdelen)

De kernmodule is opgebouwd uit diverse hoofdstukken. Enkele hoofdstukken of onderdelen uit de hoofdstukken zijn optioneel. Dit betekent dat er per jongere bekeken wordt of de optionele onderdelen voor hem van toepassing zijn. Als de Kernmodule ook groepsgericht wordt aangeboden, worden de optionele onderdelen individueel doorgenomen, tenzij een optioneel onderdeel bij alle groepsleden van toepassing is. Tijdens het aanbieden van deze module wordt bij enkele oefeningen gebruik gemaakt van het kwaliteitspel en een tablet voor het laten zien van ondersteunende filmfragmenten of om ervaringsgerichte oefeningen op te nemen, indien gewenst en passend.

Het hoofdstuk Seksualiteit is standaard en vooral gericht op het bieden van psycho-educatie. Het gaat in op de seksuele ontwikkeling en de ervaringen van jongeren omtrent seksualiteit gerelateerd aan de leeftijd. Daarna wordt de mogelijkheid geboden om meer informatie te geven over vormen van SGG, maar ook over de impact van het seksueel misbruikt zijn. Hierbij is het mogelijk om stil te staan bij het eventuele eigen slachtofferschap (speelt vaker bij kindmisbruikers). Tevens kan, indien wenselijk, onderzocht worden of de jongere mogelijk verslaafd is aan seks/er te vaak mee bezig is.

Het hoofdstuk Zelfvertrouwen (optioneel) werkt de jongere aan vaardigheden die helpen om het geloof in eigen kunnen te vergroten. Er wordt gewerkt aan het vergroten van het zelfvertrouwen door een jongere regelmatig verschillende dingen te laten doen waar hij goed in is. Ook leert de jongere zichzelf aan te moedigen door te oefenen met het toepassen van een helpende gedachte, inclusief een houding die de gedachte versterkt, in plaats van zelf-ondermijnende gedachten te gebruiken. Daarnaast wordt er geoefend met het aannemen van een houding die zelfvertrouwen uitstraalt. De jongere wordt gestimuleerd om deze houding en het gevoel regelmatig op te roepen, zodat hij dit op den duur ook kan oproepen/toepassen als hij geconfronteerd wordt met lastige situaties.

Het hoofdstuk Baas over je gedrag is standaard, en gericht op het verbeteren van de impulscontrole door onder andere te werken met bewerkte mindfulness-oefeningen gericht op het leren richten van de aandacht (langer kunnen concentreren). De jongere leert zijn impulsen beter te herkennen en oefent met vaardigheden die helpen zijn impulsen gemakkelijker uit te stellen. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de jongere met het weerstaan van triggers die sneller leiden tot ongewenste vormen van seks en/of SGG, maar er kan ook geoefend worden met andere vormen van drang/boosheidsgevoelens die leiden tot agressie. Bedoeling is dat de jongere uiteindelijk minimaal twee manieren kan toepassen die helpen zichzelf te beheersen om bijvoorbeeld ongewenste seks, het kijken naar porno, SGG en/of ander antisociaal gedrag of agressie te voorkomen.

Het hoofdstuk over Anders denken is standaard en werkt via CGT-technieken aan het verminderen van cognitieve vervormingen. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET) met het model van de vijf G's (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen). De jongere wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties die voor hem lastig zijn. Ook wordt de jongere uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren. Verder wordt er inzicht geboden in de goedpraters die de jongere toepast en wordt de jongere opnieuw gestimuleerd om goedpraters om te zetten in helpende (realistische) gedachten.

Het hoofdstuk Meer zicht op je emoties is standaard en draagt bij aan het leren kennen van de verschillende functies van emoties. Ook wordt de jongere gestimuleerd om te onderzoeken welke emoties hij regelmatig heeft en leiden tot negatieve gevoelens en/of ongewenste seks, het kijken van porno of SGG. Het hoofdstuk helpt om emoties beter te leren herkennen, zowel bij de jongere zelf als bij anderen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de kaartjes met gevoelens die horen bij het gevoelswereldspel. Verder wordt er gewerkt aan het meer leren uiten van gevoelens en het meer greep krijgen op eigen emoties.

In het hoofdstuk Het herkennen en accepteren van grenzen (standaard) worden diverse ervaringsgerichte oefeningen aangeboden die helpen om (seksuele) grenzen te herkennen, maar ook om deze te accepteren. Zo wordt er vanuit rollenspelen geoefend met het herkennen van een grens van jezelf en de ander, en al doende onderzocht wat passend gedrag is en wat niet. Ook wordt het Sensoa Vlaggensysteem (Frans & Franck, 2022) ingezet voor krijgen van handvatten over grenzen omtrent seksualiteit. Er worden verschillende seksuele gedragingen voorgelegd die op kaartjes beschreven staan. Het is de bedoeling dat de jongere beoordeelt of het seksuele gedrag wenselijk, schadelijk of zelfs strafbaar is. Of een voorbeeld grensoverschrijdend is, hangt sterk af van de leeftijd, de context, de mate van gebrek aan instemming en of er dreiging of dwang wordt gebruikt.

In het hoofdstuk over Assertiviteit (standaard) leert de jongere het verschil kennen tussen subassertief, assertief en agressief reageren door te werken met filmfragmenten en door het zelf uit te proberen. Vervolgens worden verschillende manieren van assertief zijn geoefend door middel van rollenspelen aan de hand van eigen ingebrachte situaties. Bij beide subgroepen is het belangrijk dat een jongere enkele manieren ontdekt die bij hem passen en die passen bij de context. Daarna wordt er stilgestaan en geoefend met hoe je NEE kunt zeggen. Verder wordt er door het toepassen van specifieke vaardigheden geoefend met het weerstand bieden tegen (verschillende situaties van) negatieve groepsdruk (dit laatste deel is vooral van toepassing bij de misbruiker). Bij de kindmisbruiker zal het accent meer liggen op het veranderen van subassertief gedrag in assertief gedrag. Bij de misbruiker ligt de focus op het voor jezelf leren opkomen door assertief gedrag in plaats van agressief gedrag.

Het hoofdstuk over Contact maken werkt aan vaardigheden die helpen om contact te maken, ook met iemand die de jongere leuk vindt. Er worden tips gegeven en geoefend met het toepassen van deze tips. Er wordt hierbij gelet op gebruik van taal/tekst, een passende lichaamstaal, een houding die past bij het ervaren van rust en/of zelfvertrouwen en het toepassen van helpende gedachten. Dit hoofdstuk is vooral van toepassing bij kindmisbruikers,

Het hoofdstuk over Probleemoplossing (optioneel) wordt alleen aangeboden als het werken aan probleemoplossingsvaardigheden aan het begin van elke sessie onvoldoende leidt tot verbetering. In dit hoofdstuk worden de jongeren gestimuleerd om manieren van reageren te bedenken voor voortdurende problemen. Het kan ook gaan om situaties die niet op te lossen zijn.

4. Gezinsmodule Gezin in beeld (standaard bij jongeren onder de 16 jaar en optioneel bij jongeren die 16 jaar of ouder zijn, maar een dringend advies om opvoeders en jongere te motiveren om ook met deze module aan de slag te gaan).

Tijdens de gezinsmodule is allereerst aandacht voor het realiseren van veiligheid (inzet veiligheids- en crisisplan). Er wordt psycho-educatie gegeven over een gedragsstoornis en/of ADHD en/of autisme, mochten ouders nog onvoldoende kennis hebben. Verder ligt de focus op het verkrijgen van meer steun door het maken van een netwerkanalyse, zodat beter beoordeeld kan worden wie hiervoor benaderd kan worden. Er is aandacht voor de impact die het SGG-gedrag heeft (gehad) op het gezin en hoe ze hier nu het beste mee om kunnen gaan. Verder wordt er stilgestaan bij (seksuele) opvoedingsvaardigheden. Opvoeders erkennen de eigen normen en waarden met betrekking tot seksualiteit en leren (en oefenen met rollenspelen) welke gedragingen van hun kind begrensd moeten worden. Als het nodig is om conflicten te verminderen, wordt hieraan gewerkt. Ouders leren dan bijvoorbeeld te stoppen met het inzetten van rode knoppen en kijken hoe zij de-escalerend kunnen reageren op gedrag van hun kind dat boosheid oproept. Ook oefenen zij door middel van rollenspelen en feedback van de behandelaar hoe zij hun kind meer kunnen “valideren” (met meer aandacht luisteren en erkenning geven voor gevoel). Er wordt eventueel gewerkt met het toe leren passen van helpende gedachten die ervoor zorgen dat de opvoeder(s) en de jongere minder negatief over elkaar denken.

Een hoofdstuk uit de gezinsmodule gaat in op het thema vriendschappen van de jongere. Dit hoofdstuk wordt behandeld als het nodig blijkt dat het kind zijn netwerk uitbreidt en/of meer activiteiten gaat ondernemen met leeftijdgenoten. Zo ook als de jongere zich negatief laat beïnvloeden door vrienden en opvoeder(s) of als opvoeder(s) de neiging hebben de schuld van het probleemgedrag van hun kind bij de vrienden te leggen, waardoor er nog meer verwijdering plaatsvindt en de jongere juist naar zijn vrienden toetrekt. Verder wordt er indien nodig aandacht besteed aan het realiseren van een zinvolle dagbesteding en krijgen ouders adviezen voor het verminderen van spijbelgedrag. Tevens is er een hoofdstuk gericht op psycho-educatie over

problematisch middelengebruik en interventies die ondersteunen bij het stoppen van (problematisch) middelengebruik.

Afronding van de behandeling

In de laatste fase van de behandeling wordt in het laatste hoofdstuk van de Kernmodule gewerkt aan een toekomstplan. Hierbij wordt eerst geëvalueerd welke veranderingen zichtbaar zijn door te kijken naar de oude en de nieuwe ik. Vervolgens wordt er besproken wat er nodig is om de nieuwe ik ook nog in de toekomst te versterken. Tijdens het opstellen van het toekomstplan wordt rekening gehouden met mogelijke lastige situaties in de toekomst.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De jongere heeft de standaardonderdelen aangeboden gekregen en de geïndiceerde optionele hoofdstukken. Hierbij zijn er vrijwel elke sessie doe-oefeningen aangeboden. Om het generaliseren te bevorderen wordt de jongere gestimuleerd om thuis oefeningen of opdrachten te doen. Opvoeder(s) van jongens onder de 16 jaar zijn in ieder geval betrokken bij de behandeling, zij hebben meegewerkt aan het opstellen en naleven van het veiligheidsplan. Er wordt via de module Gezin in Beeld gewerkt aan het aanleren van ondersteunende vaardigheden om herhaling van SGG te voorkomen (maar ook andere vormen van grensoverschrijdend gedrag). Ook worden ouders uitgenodigd tijdens de evaluatiemomenten om zo de voortgang van hun kind te bespreken. Daarnaast worden de jeugdige en de opvoeder(s) gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer steun.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en modules, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden, maar gaat uitgebreider in op de doelgroep en het verklarings- en veranderingsmodel.
2. Programmahandleiding voor de behandelaar. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de interventie met specifieke aandacht voor de basistechnieken, veiligheidsmanagement en het motiveren. Ook worden er algemene richtlijnen meegegeven als er bijvoorbeeld sprake is van traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, enzovoort. Verder zijn er richtlijnen te vinden met betrekking tot de modules.
3. Een viertal modules (Startmodule, de module het Verminderen van Stress en Boosheid, de Kernmodule en de module Gezin in beeld).
De eerste drie modules zijn geschreven voor de jongeren (mochten ze deze willen lezen), de laatste module is vooral bedoeld voor de opvoeders. Alle modules bieden echter ook houvast voor de behandelaar. Aan de hand van de modules en het hoofdstuk in de algemene programmahandleiding over deze modules, krijgt de behandelaar een duidelijk beeld en kader aangereikt over de inhoud.
4. Managementhandleiding voor de behandelaar en managers van de instelling. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord. Ook worden de randvoorwaarden helder omschreven, zodat managers van een instelling weten wat er nodig is om de interventie aan te bieden. Er wordt ook uitleg gegeven over de nodige eisen omtrent de basisopleiding en competenties.

Er bestaat een PowerPoint die inzage biedt in de basisopleiding, en een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners te presenteren. Ook is er een folder over Pas op de grens Jeugd leverbaar. Deze kan gebruikt worden om de interventie te promoten bij reguliere verwijzers. Het materiaal is via de Waag te verkrijgen.

Locatie en type organisatie

De interventie wordt momenteel uitgevoerd door op alle vestigingen van de Waag en bij Accare in Emmen, Assen, Groningen en Leeuwarden. Pas op de Grens Jeugd kan uitgevoerd worden door (ambulante) forensische zorginstellingen die gespecialiseerd zijn in het behandelen van adolescenten en beschikken over de inzet van een kinder- en jeugdpsychiater in combinatie met voldoende behandelaren met kennis van en ervaring in het systemisch werken en de cognitieve gedragstherapie. Om de behandeling uit te kunnen voeren is het nodig om te beschikken over een reguliere behandelkamer en een kleine groepsruimte.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Gegevens over de opleiding

Als vooropleiding dient een behandelaar voor deze interventie universitair (psychologie of forensische orthopedagogiek of hbo+ (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn. In het laatste geval kan het gaan om een dramatherapeut met voldoende kennis over CGT of een systeemtherapeut. De behandelaar is geschoold in het werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie.

Kennis over ontwikkelingspsychologie en ervaring met het systeemgericht werken is een pré.

Een behandelaar die met het zorgprogramma gaat werken is verplicht om hier een specifieke training voor te volgen. Hier wordt uitgebreid bij stil gestaan bij het onderdeel over de kwaliteitsbewaking.

Naast eisen omtrent de opleiding, zijn er ook specifieke competenties vereist, namelijk:

Een behandelaar die met Pas op de grens Jeugd gaat werken, wordt op de volgende competenties getoetst tijdens de selectieprocedure:

- De behandelaar heeft affiniteit en ervaring opgedaan in het toepassen van cognitieve gedragstherapie en het toepassen van verschillende vormen van rollenspelen;
- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van jongeren in een forensische setting;

- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij is sensitiviteit en creativiteit relevant;
- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren;

Kwaliteitsbewaking

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

1. Een instelling zorgt dat de managers de inhoud van de managementhandleiding kennen en bereid zijn om aan de randvoorwaarden te voldoen;
2. Er wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld per vestiging of regio die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit van Pas op de grens Jeugd;
3. De PV heeft jaarlijks minimaal drie dagdelen overleg met andere PV-en en ontvangt begeleiding van de coördinator/programmamanager (die door de instelling is benoemd);
4. De behandelaars voldoen aan de gestelde eisen omtrent vooropleiding en competenties (zie vorige kopje);
5. De behandelaars volgen een basistraining van twee dagen die door twee senior behandelaars of de hoofdontwikkelaar wordt aangeboden. De hoofdontwikkelaar beslist of een opleider over voldoende kennis en vaardigheden beschikt. Daarnaast wordt er om het jaar een boostersessie georganiseerd. De basisopleiding biedt onder andere uitleg over het theoretische kader, de risicofactoren die spelen bij de specifieke doelgroep, de J-SOAP-D, en de wijze waarop opvoeders betrokken worden bij de behandeling. Verder wordt de inhoud van de modules besproken en wordt er geoefend met diverse oefeningen. Daarnaast wordt de basistraining over het werken met het vlaggensysteem gevolgd, als een behandelaar hier nog geen ervaring mee heeft opgedaan;
6. Het aanbieden van een maandelijkse Pas op de grens Jeugd-intervisie. Er is tijdens deze interventie vooral ruimte voor intervisiemomenten gericht op de methodiek en persoonlijke leerpunten;
7. Het voldoen aan de minimale eis om de interventie per jaar aan minimaal twee jongeren aan te bieden. Dit biedt een redelijke garantie op voldoende flexibiliteit en om de kennis en deskundigheid van een behandelaar verder te ontwikkelen en op een hoog niveau te houden (meer is onmogelijk gezien het geringe aantal aan verwijzingen);
8. Pas op de grens Jeugd wordt aangeboden aan jongeren die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
9. Tijdens het aanbieden van een Pas op de grens Jeugd-behandeling wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een tweemaandelijkse behandelchecklist. Aan het einde van de behandeling wordt een eindevaluatielijst ingevuld, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële Pas op de grens Jeugd-methoden en technieken. Deze eindevaluatielijsten worden door zowel de behandelaar als de jongere ingevuld en eventueel door de opvoeders. Aan jongeren en opvoeders wordt specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden. De tweemaandelijkse behandelchecklist dient als ondersteuningsmiddel en wordt in het begin zelfs elke vier weken door de behandelaar ingevuld, totdat de behandelingen goed lopen. Het instrument wordt maandelijks toegepast als er een procesevaluatie wordt uitgevoerd;
10. Om de aandachtspunten van de behandelaars en de programmaverantwoordelijke in kaart te brengen en ontwikkeling te stimuleren, wordt er gebruik gemaakt van een ontwikkelingsformulier. Er vindt minimaal jaarlijks een gesprek plaats over de uitkomsten van het ingevulde formulier.

Randvoorwaarden

Om de interventie op een goede manier uit te kunnen voeren, is het nodig dat de instelling ervoor zorgt dat bij alle medewerkers voldoende kennis is over de interventie en dat er voldaan wordt aan de eisen die worden gesteld voor het bewaken van de kwaliteit. Hier worden nog enkele randvoorwaarden aan toegevoegd:

1. De Pas op de grens Jeugd-PV krijgt twee uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden die niet declarabel zijn, zoals het niet casuïstiek gericht begeleiden van Pas op de grens Jeugd-behandelaars, het zorgdragen voor de PR, het registreren van de uitkomsten van de nul- en eindmetingen en eind-evaluatieformulieren (ROM-en);
2. De behandelaars dienen voldoende indirecte tijd (50%) te krijgen voor het uitvoeren van coördinerende taken, het intensief afstemmen met andere behandelaars, (professionele) systeemleden en ketenpartners, en om eventueel ook outreachend te kunnen werken;

3. Voor elke deelnemer is werkmateriaal beschikbaar. Ook is er een tablet, het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel, en het vlaggensysteem aanwezig;
4. Het is nodig om gebruik te maken van de ROM-instrumenten die bij het onderdeel over de doelen zijn beschreven.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering

Op het moment dat een instelling interesse toont in de interventie, zal er besproken worden of implementatie van de interventie opportuun is (ligt aan de regio en type instelling, zo is het belangrijk dat er behandelaars werken met voldoende kennis over de doelgroep en die veel ervaring hebben opgedaan in het behandelen van SGG bij jeugdigen. Het is immers nodig dat er behandelaars zijn die als rolmodel kunnen fungeren en de nodige begeleiding kunnen bieden aan beginnende behandelaars. Informatie over de randvoorwaarden en het borgen van de kwaliteit staat in de managementhandleiding beschreven en eerder in dit werkblad. De hoofdontwikkelaar zal adviseren over wat er nodig is om eventuele belemmeringen en risico's te verminderen. Verder geldt altijd (ook nu nog voor de Waag en Accare) dat er voldoende aandacht wordt besteed aan de interne PR, denk aan het geven van voorlichtingspresentaties over verschillende functiegroepen.

Ondersteuning tijdens de opstartfase

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden als behandelaars de basistraining hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, werken als forensische jeugdbehandelaar en kennen de doelgroep of werken onder supervisie van een behandelaar die de doelgroep voldoende kent. Bovendien biedt de maandelijkse intervisie en de begeleiding van de PV veel houvast. In de startfase is er rekening gehouden met extra begeleiding van de PV voor het beantwoorden van allerlei vragen.

Kosten

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

Behandelduur = 50% directe tijd X 50% indirecte tijd (zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met eventuele regiehoofdbehandelaar, mede-behandelaars, ketenpartners, docenten, verwijzers (reclassering), reistijd, etc. = ...

Een behandeling blijkt gemiddeld genomen 32 weken te duren (inclusief de jongeren die zijn uitgevallen). Er wordt dan gemiddeld genomen 1,2 uur per week behandeld met een gemiddeld uurtarief van 130 euro (tarief dat geldt bij de specialistische GGZ). Het gaat dan om 32 weken x 1,2 x 2 (direct en indirecte tijd x 130 = 9.984 euro.

Op basis van 61 jongeren die niet zijn uitgevallen, komt de gemiddelde behandelduur uit op 37,1 weken met een directe tijd van 1,28 uur. Dit is inclusief de module Gezin in Beeld en behandelcontact met de kinder- en jeugdpsychiater (indien nodig). Dit komt neer op 12.346,88 euro. De kosten zijn hoger als het gaat om jongeren met een hoog recidiverisico.

Extra tijdsinvestering 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 (als het niet specifiek gerelateerd is aan een cliënt en PR (tenzij dit door een teamleider wordt gedaan). De tijd zal minder zijn/worden als er met ervaren behandelaars wordt gewerkt.

Kosten opleiding

Een instelling is voor een booster of opleidingsdag 1500 euro kwijt (exclusief btw) als deze in company wordt aangeboden met één trainer. De basistraining voor het werken met het vlaggensysteem kost € 574,75 (zie hobeon.nl). Er worden ook kosten gemaakt wegens productieverlies als een behandelaar de basisopleiding of booster volgt. Deze kosten hangen af van het salaris van de behandelaar.

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf), het kunnen aanbieden van de meetinstrumenten als ROM. De meetinstrumenten zelf zijn gratis te gebruiken. Verder dienen het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel en het vlaggensysteem aangeschaft te worden en enkele tablets om eventuele filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te kunnen nemen (zie randvoorwaarden).

3. Onderbouwing

Probleem

Pas op de grens Jeugd richt zich op jongens die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen. Bij SGG gaat het om gedrag dat seksueel van aard is en de grenzen van het slachtoffer overschrijden. In een gezonde seksuele interactie is er sprake van wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid en vrijwilligheid (Van Berlo & Van Beek, 2019). Wanneer één van deze criteria ontbreekt, is er sprake van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG). Bijna een op de drie jongeren (16-25) kreeg in 2022 te maken met seksueel grensoverschrijdend gedrag (meer dan drie keer zo vaak als 25+ers). In Nederland waren er in 2022 820 jongeren (12-25 jaar) verdacht van een seksueel misdrijf. (Akkermans, Derksen, & Kennis, 2023). Dit is slechts een beperkt deel van de plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag, omdat velen van hen niet terechtkomen bij politie en justitie. 23% van de jongeren kreeg te maken met offline seksuele intimidatie en 19% kwam in aanraking met online seksuele intimidatie. 11% van de jongeren heeft te maken gehad met fysiek seksueel geweld. Om de schade die SGG veroorzaakt (zie kopje met gevolgen) te reduceren, heeft het zin om jeugdigen met SGG te behandelen, mits er gebruik wordt gemaakt van werkzame elementen (Calleja, 2013, 2022; Ter Beek et al., 2018).

Specifieke kenmerken gericht op spreiding, prevalentie en ernst

Uit recente gegevens blijkt dat het aantal jongeren (12-18 en 18-25 jaar) dat verdacht wordt van een seksueel misdrijf van 2006 tot 2014 afnam van 2260 naar 970, om vanaf 2014 redelijk stabiel te blijven. In 2022 waren er 820 verdachten van een seksueel misdrijf onder de 25 jaar (Akkermans, Derksen, & Kennis, 2023). Van het totaal aantal seksuele misdrijven in 2022 (alle leeftijdsgroepen), ging het in 26% van de gevallen om aanranding, in 27% van de gevallen om verkrachting, in 13% om schennis van eerbaarheid, in 11% om ontucht met een minderjarige en in 23% van de gevallen om een overig seksueel misdrijf (Meijer et al., 2021). In veel gevallen kennen dader en slachtoffer elkaar: zo ging het in 4.8% om een medescholier of -student, in 3.8% om een ex-partner, in 12.4% om een vriend(in) (Akkermans, Derksen, & Kennis, 2023).

Twintig procent van de meisjes geeft aan negatieve ervaringen te hebben met ongewenste sexting, denk aan het geconfronteerd worden met een ander die aan het masturberen is, de druk die uitgeoefend wordt om zichzelf naakt te fotograferen of het zonder toestemming verspreiden van privéfoto's waar zij naakt op staan. Jongeren die relatief meer gebruik maken van sociale media en bij wie thuis sprake is van emotionele verwaarlozing of mishandeling (in de kindertijd), hebben vaker een negatieve ervaring met ongewenste sexting opgedaan (Graaf et al., 2017).

Van de 1.585 jongeren (<18) die tussen 2008 en 2012 in behandeling waren bij de Waag, was slechts bij 101 jongeren sprake van een zedendelict (Van Horn et al., 2015). De afgelopen vijf jaar werden er 380 jongens (12 tot 21 jaar) behandeld bij de Waag wegens (dreigend) seksueel grensoverschrijdend gedrag. Eén derde van de groep werd behandeld in een strafrechtelijk kader. Het gaat vooral om jongeren met een Nederlandse achtergrond, bij ongeveer 29% is sprake van een migratieachtergrond.

Gevolgen

Een zedendelict kan diep ingrijpen in het leven van een slachtoffer, vooral als het misbruik niet eenmalig is geweest (Hartsfield et al., 2017). Uit een studie van Rutgers blijkt dat ruim de helft van de slachtoffers van seksueel geweld hier klachten aan overhoudt (met name psychische, seksuele en relationele klachten) (Akkermans, Derksen, Kloosterman, et al., 2023). Uit een meta-analyse blijkt dat slachtoffers van seksuele delicten een hogere kans hebben op alle vormen van psychopathologie, en met name op posttraumatische stress en suïcidaliteit (Dworkin et al., 2017). De gevolgen van fysiek seksueel geweld zijn ernstiger dan die van offline en online seksuele intimidatie. 28% van de jonge slachtoffers van fysiek seksueel geweld ondervond psychische problemen als gevolg van het incident, in vergelijking met respectievelijk 19% en 16% van de slachtoffers van offline en online seksuele intimidatie (Akkermans, Derksen, & Kennis, 2023).

Het plegen van een zedendelict heeft ook vaak voor de pleger ingrijpende gevolgen. Een jongere die eenmaal een delict heeft gepleegd, krijgt meestal te maken met stigmatisatie. Als de buurt het weet, kan de jongere zelfs worden bedreigd en gekleineerd. De reactie van de omgeving leidt tot nog meer sociaal isolement en dit kan andere aanwezige risicofactoren versterken, en daarmee ook de kans op herhaling van seksueel afwijkend gedrag vergroten (= risicofactor) (Van den Berg et al., 2020; Wielinga et al., 2021).

-

Oorzaken

Het zorgprogramma maakt als basis gebruik van het transactionele ontwikkelingsmodel om voor beide subdoelgroepen te verklaren hoe de ontwikkeling van SGG en het plegen van zedendelicten tot stand is gekomen. Hierbij wordt specifiek de systeemtheorie en het gedachtegoed van het Forward Focused model (FF-model; (Calleja, 2013, 2022) betrokken, dit model is ontwikkeld voor jeugdige zedendelinquenten. Het gebruikte verklaringsmodel biedt de mogelijkheid om verschillende criminogene risicofactoren onder te brengen die passen bij de twee subdoelgroepen (misbruikers en kindmisbruikers).

Transactionele ontwikkelingsmodel

Het transactionele ontwikkelingsmodel kan gezien worden als een dynamische visie op ontwikkeling (Sameroff & Fiese, 2000). Vanuit deze theorie wordt de ontwikkeling van SGG bij jongeren gezien als het product van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). De ontwikkeling van SSG wordt verklaard door te kijken naar mogelijke oorzaken van het specifieke gedrag in combinatie met hoe verschillende factoren op elkaar hebben ingewerkt (Burton, 2003; Hunter et al., 2003). Hoe meer criminogene risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans wordt op het vertonen van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag SGG (TenEyck et al., 2023).

Forward Focus Model (FF-model)

Het FF-model gaat ervan uit dat de kans op het vertonen van SGG versterkt wordt tijdens de adolescentiefase. Adolescenten zijn immers gevoeliger voor het vertonen van grensoverschrijdend gedrag en delinquentiel tussen het 15e en 17e levensjaar (CBS, 2016; Ter Beek et al., 2018).

Naast de adolescentiefase als risicofactor, wordt SGG bij adolescenten beïnvloed door een combinatie van andere risicofactoren, denk aan een verhoogde kwetsbaarheid voor groepsdruk (vooral misbruikers), het ervaren van een sociaal isolement (sterker en vaker aanwezig bij kindmisbruikers), een gebrek aan toezicht (Stewart et al., 2019) en een tekort aan executieve functies (Joyal et al., 2020; Morais, & Joyal, 2020; Ter Beek et al., 2018; Ueda, 2017).

De risicofactor 'een tekort aan executieve functies' wordt bij beide groepen aangetroffen, de mate van impulsiviteit blijkt bij kindmisbruikers juist hoger dan bij misbruikers (Joyal et al., 2020).

Hierbij geldt dat de genoemde dynamische risicofactoren in een omgekeerde U-vorm worden aangetroffen. Zeker als het gaat om impulsiviteit, een tekort aan oplossingsvaardigheden, hyperseksualiteit en problematisch middelengebruik. In het midden van de adolescentie bereiken zij hun top en deze daalt in de vroege volwassenheid (CBS, 2023; Green et al., 2023). Dit is voor een groot deel verklaarbaar door grote veranderingen die optreden in de hersenen van adolescenten (Calleja, 2013). Zo kan een toename aan impulsief gedrag en het minder goed vooruitdenken gerelateerd worden aan de hersenontwikkeling van adolescenten (Jadhav & Boutrel, 2019).

Door impulsiviteit is er sprake van een beperkte zelfregulatie en wordt het lastig om aandacht, gedrag, gedachten en emoties te controleren, waardoor je minder goed verstandige keuzes kunt maken, zonder je negatief te laten beïnvloeden door je eigen impulsen/emoties of externe prikkels. Helemaal als de jongere ook nog moeite heeft met het bedenken en toepassen van goede oplossingen/reacties. Het tekort aan executieve functies zal bij een substantieel deel van de doelgroep na de adolescentiefase verbeteren. Een deel van de problematiek wordt dus verklaard door het doorlopen van de adolescentiefase en de hersenontwikkeling die daarmee gepaard gaat (Morais & Joyal, 2020). Door het tekort aan belangrijke executieve functies zijn adolescenten gedragsmatig gezien onvolwassen. Ze hebben moeilijkheden met de zelfbeheersing, het inzien van lange-termijn gevolgen en zijn kwetsbaar voor de invloed van anderen (Jadhav & Boutrel, 2019; Ter Beek et al., 2018). Als resultaat hiervan, kan SGG dat door een jeugdige wordt getoond, gezien worden als korte-termijn gedrag (doen wat het eerste in je opkomt; Caldwell, 2010), in combinatie met een resultaat van geconditioneerde ingebakerde patronen van gedrag dat veroorzaakt wordt door risicofactoren.

Central Eight

Qua risicofactoren gaat het bij beide subgroepen, net zoals bij andere vormen van delictgedrag, om de Central Eight: de acht centrale risicofactoren die het sterkst geassocieerd zijn met delictgedrag bij volwassenen en jongeren (Bonta & Andrews, 2023). De "Central Eight" criminogene risicofactoren blijken

algemene en seksuele recidive in jongeren te voorspellen (Christiansen, & Vincent, 2013; Fanniff et al., 2017; Grieger & Hosser, 2014).

Bij beide groepen komt het probleemgedrag onder andere voort uit een beperkte impulscontrole. Bij kindmisbruikers is er vaker sprake van angst, een lager psychosociaal functioneren, lager zelfbeeld, hoger neuroticisme die de houding en de persoonlijkheid beïnvloeden, meer problematisch middelengebruik en meer sociale isolatie (Ueda, 2017). Qua persoonlijkheidsstructuur zijn kindmisbruikers vaker onderdanig en conformerend, terwijl misbruikers vaker een antisociale, externaliserende persoonlijkheidsstructuur hebben. In relatie tot hun peers zien we dat kindmisbruikers vaker gepest of afgewezen zijn en ze hebben ook minder contacten met hun peers. Misbruikers hebben vaker contact met delinquente leeftijdsgenoten (Ueda, 2017). Hoewel alle risicofactoren bij beide groepen aanwezig kunnen zijn, dient de invulling van de behandeling vaak anders vormgegeven te worden, waarbij bij misbruikers de meeste aandacht moet gaan naar de antisociale problematiek en bijbehorende cognitieve vervormingen, het herstellen van een steunende thuissituatie en een steunend systeem, en weerstand tegen groepsdruk. Bij kindmisbruikers dient er veel aandacht te zijn voor sociale vaardigheden en eenzaamheid en de seksuele arousal (Ueda, 2017). N.B. Bij beide groepen is er sprake van afwijkende seksuele interesses, maar het komt bij de kindmisbruikers vaker voor.

Systeemtheorie

Het ontstaan van gedragsproblemen (zoals SGG) wordt vanuit de systeemtheorie verklaard door de aanwezigheid van steeds vaker voortkomende negatieve interacties binnen het familiesysteem en de omgeving en wordt dus versterkt door seksueel misbruik, kindermishandeling en/of verwaarlozing. Een reeks van negatieve interacties, kan leiden tot een vicieuze cirkel. Het kind/de jongere ervaart dan bijvoorbeeld een tekort aan bevestiging en een positieve vorm van affectie. Jongeren proberen dit te compenseren door op een andere manier bevestiging te krijgen (relatie opbouwen met een jonger kind of door op te trekken met (antisociale) vrienden (Klahr et al., 2011). Doordat de interactie is verstoord, ontstaat er stress en dit leidt er vaak toe dat ouders zich minder competent voelen in het opvoeden (Prinz et al., 2008). Deze gevoelens zorgen ervoor dat zij zich terug trekken of juist te rigide vasthouden aan opvoedingspatronen die niet passen bij de leeftijd van hun kind (Jagers, 2001) of die leiden tot grotere conflicten of vervreemding.

Impliciete theorieën

Cognitieve vervormingen representeren onderliggende impliciete theorieën, of schemata (Ó Ciardha & Ward, 2013). De impliciete theorieën rechtvaardigen het SGG, en kunnen iemands wensen en verlangens weerspiegelen of zorgen voor ontkenning en minimalisatie van het delictgedrag (Szumski et al., 2018). Deze zijn te verdelen in ideeën met betrekking tot de pleger (bijvoorbeeld: ik heb recht op seks, ik kan mijn seksuele drang niet beheersen), het slachtoffer/delict (vrouwen/kinderen zijn seksuele objecten, willen seks), en de wereld (de wereld is een gevaarlijke plek, mensen zijn niet te vertrouwen [en kinderen wel]) (D'Urso et al., 2019; Ciardha & Ward, 2013). Deze impliciete theorieën kunnen lang voorafgaand of vlak voorafgaand aan een delict gevormd worden of na het delict (Szumski et al., 2018).

Aan te pakken factoren

Er wordt allereerst gewerkt aan beschermende factoren die kunnen helpen om stressoren en/of risicofactoren te compenseren. Denk aan aandacht voor het motiveren, het verkrijgen van steun (subdoel die meteen vanaf de Startmodule aandacht krijgt), het verminderen van stress (module stressreductie) en het verbeteren van het zelfvertrouwen. Het werken aan de genoemde beschermende factoren zal waarschijnlijk de responsiviteit (leerbaarheid) verbeteren, waardoor het makkelijker wordt om te dealen met stressoren en de impact van de aanwezige risicofactoren te verminderen.

Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren bij Pas op de grens Jeugd worden aangepakt. De risicofactoren gelden in meer of mindere mate voor de kindmisbruikers en misbruikers (Seto & Lalumière, 2010; Siria et al., 2022). Het gaat om:

De aanwezigheid met problemen rondom de seksuele zelfregulatie. Dit is gerelateerd aan de algemene subdoelen 1, 3A en de subdoelen 1A en 1B voor kindmisbruikers/jongeren met hyperseksualiteit of sterke drang tot parafilie die kan leiden tot SGG.

De aanwezigheid van een beperkt zelfbeeld, beperkte sociale- en oplossingsvaardigheden en een sociaal isolement.

Dit is gerelateerd aan de algemene subdoelen 2A en 2B en de subdoelen 2A, 2B en 2C die horen bij de kindmisbruikers. Zo ook subdoel 1 dat hoort bij de misbruikers.

De aanwezigheid van problemen rondom de algemene zelfregulatie. Dit is gerelateerd aan de algemene subdoelen 3A, 3B en 3C en subdoel 2 voor misbruikers.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen (impliciete overtuigingen): Dit is gerelateerd aan het algemene doel 4. De focus is afhankelijk van de subdoelgroep.

De aanwezigheid van problemen binnen het functioneren van het gezin. Er is sprake van een tekort aan oplossings- en (seksuele) opvoedingsvaardigheden bij opvoeder(s). Hier wordt aan gewerkt via de algemene doelen 1 en 2 voor de opvoeders. Bij opvoeders van kindmisbruikers geldt ook subdoel 1, bij opvoeders van misbruikers gelden de bijbehorende subdoelen 1 en 2.

Verantwoording

Uit het hierboven beschreven verklaringsmodel is duidelijk geworden dat biologische factoren en sociale factoren in wisselwerking met het psychologisch functioneren elkaar beïnvloeden en seksueel probleem- en delictgedrag kunnen veroorzaken. Dit verklaringsmodel maakt echter ook duidelijk dat verandering mogelijk is. Ondanks overgeërfde en aangeboren kenmerken is er sprake van een menselijke natuur die kan worden gewijzigd door de invloed van cultureel en sociaal leren. Het zorgprogramma realiseert veranderingen door de criminogene risicofactoren, die uit het verklaringsmodel naar voren komen, te verminderen. De veronderstelling hierbij is dat veranderingen op dit gebied invloed zullen hebben op het psychologisch functioneren en de sociale factoren. De sociale factoren worden specifiek aangesproken door het systeem te betrekken bij de behandeling, het netwerk van de jongere in te zetten en indien nodig te versterken (waaronder het krijgen van meer vrienden en het verminderen van het sociaal isolement) en door te werken aan de veiligheid. Er is dus ook aandacht voor beschermende factoren. Het biologisch en psychologisch functioneren zal verbeteren door het toepassen van farmacotherapie (indien geïndiceerd), door de SGG-behandeling te richten op het bieden van inzicht, het verbeteren van de (seksuele) zelfregulatie (waaronder de impulscontrole), het verkrijgen van meer zelfvertrouwen (zelfbeeld, is ook een beschermende factor), het aanleren van oplossingsvaardigheden, het verminderen van cognitieve vervormingen en boosheidsgevoelens (indien van toepassing). Ook zal er aandacht zijn voor traumaverwerking en problematisch middelengebruik (indien van toepassing). Om de hierboven beschreven veranderingen uit te voeren, wordt als basis de *Risk Need Responsibility-principles* (RNR) toegepast. Het hanteren van dit model (zie hieronder voor meer uitleg) blijkt effectief te zijn bij het behandelen van delinquenten (Bonta & Andrews, 2023) waaronder jongeren die zedendelicten hebben gepleegd. Natuurlijk is de kans op verandering groter als behandelaars voldoen aan de opleidingseisen en de programma-integriteit voldoende gewaarborgd is tijdens de behandeling.

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de interventie Pas op de grens Jeugd

A. Het risicobeginsel: de intensiteit van de behandeling wordt afgestemd op het recidiverisico van de jeugdige. De behandeling van jeugdigen met een hoog risico vraagt om een intensieve, meer gestructureerde en langdurige behandeling, dan jeugdigen met een matig recidiverisico. Bij Pas op de grens Jeugd wordt voldaan aan het risicobeginsel door eerst een uitgebreide risicotaxatie te doen (RAF-GGZ Jeugd en J-SOAP). Het is van belang dat de behandelaar met deze instrumenten ontrafelt of er sprake is van een meer seksueel of juist antisociaal profiel. Ook wordt bekeken hoe de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een laag-matig, matig, matig-hoog of hoog risicoprofiel (RAF-GGZ-Jeugd). Aan de hand van de uitkomst, wordt de intensiteit van de behandeling bepaald.

B. Het behoeftebeginsel: de behandeling moet gericht zijn op de specifieke dynamische criminogene risicofactoren, die bij de jeugdige van toepassing zijn. De behandeldoelen worden op deze criminogene risicofactoren afgestemd. Om in voldoende mate in te kunnen spelen op de *needs* van de doelgroep van Pas op de grens Jeugd wordt structureel het gezin betrokken bij de behandeling, ligt de focus op het versterken van het netwerk en worden er drie standaard modules met optionele onderdelen aangeboden en een optionele module. Het gaat om de Startmodule (S), de Kernmodule (S), Module gezin in beeld (S) en de module Het verminderen van stress en boosheid (optioneel). Deze modules zijn gericht op het verminderen van de genoemde (criminogene) risicofactoren uit het SGG-verklaringsmodel. Sommige onderdelen (motiveren, krijgen van meer zelfvertrouwen, werken aan levensdoelen) uit de modules zijn bedoeld om de responsiviteit (zie C.) en daarmee de ontvankelijkheid voor de interventie te vergroten. Naast dit SGG-aanbod kan extra ondersteuning worden aangeboden door middel van andere behandel- en begeleidingsvormen. Dit is aan de

orde als er sprake is van kritische en acute risicofactoren (zoals middelenmisbruik en/of een eventuele psychische stoornis die niet in voldoende mate worden behandeld met het SGG-behandelaanbod).

C. Het responsiviteitsbeginsel: responsiviteit kun je samenvatten als de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspert, 2009). Het responsiviteitsbeginsel wordt gezien als een essentiële variabele in het succes van een behandeling (Bonta & Andrews, 2023). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en de specifieke responsiviteit.

1. Algemeen responsiviteitsprincipe

Algemene responsiviteitsprincipe

Om te voldoen aan de algemene responsiviteit is het nodig om gebruik te maken van technieken die bij de doelgroep effectief zijn gebleken. Het gaat om cognitieve gedragstherapie gecombineerd met een gedragsmatige aanpak (veel doe-oefeningen en bewerkte mindfulness oefeningen), een systeemgerichte benadering en eventueel farmacotherapie. Hieronder wordt onderbouwd en beschreven om welke technieken het gaat.

Cognitieve gedragstherapie

De effectiviteit van een cognitief gedragsmatige aanpak bij jeugdige delinquenten komt uit meerdere meta-analyses, literatuurreviews- en overzichten naar voren (zie bijvoorbeeld Farrington et al., 2022; Kim et al., 2016; Koehler et al., 2013). Ook voor jeugdige zedendelinquenten geldt dat deze aanpak een (klein) effect veroorzaakt (Calleja, 2022; Dopp et al., 2017; Ter Beek et al., 2018; Washington et al., 2017), zeker als er ook een individueel aanbod is (Calleja, 2013, 2022).

Aan een cognitief-gedragsmatige aanpak ligt de veronderstelling ten grondslag dat bepaald gedrag vooraf wordt gegaan door gebeurtenissen, gedachten en gevoelens en gevolgd wordt door consequenties (Riise et al., 2023). Dit geldt ook voor seksueel delictgedrag: geen enkel gedrag is er 'zomaar'. Het (delict)gedrag valt vervolgens op verschillende manieren te beïnvloeden in een gewenste richting. Dit kan via de voorafgaande gebeurtenissen en situaties, door de cognities en gevoelens te beïnvloeden die eraan voorafgaan, of door de consequenties van gedrag te beïnvloeden. Als de jongere beter beseft dat gewenst gedrag wordt gevolgd door een positieve consequentie en ongewenst gedrag door een negatieve consequentie (op de lange termijn!) zal het gedrag van de jongere veranderen.

Bij jongeren is een gedragsmatige en ervaringsgerichte aanpak relevant. Denk hierbij aan verschillende vormen van rollenspelen, stoelentechnieken, ontspanningsoefeningen en imaginatie-oefeningen. Het is bekend dat het toepassen van rollenspelen en andere ervaringsgerichte oefeningen effectief is voor het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij adolescenten (Lin & Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016). De ervaringsgerichte technieken worden vooral ingezet voor het verkrijgen van meer inzicht in eigen denkwijze en gevoelens, het reguleren van de emoties en om zo op een andere manier betekenis te kunnen geven aan nare ervaringen. Een recente meta-analyse toont aan dat ervaringsgerichte interventies in combinatie met cognitieve gedragstherapie leidt tot een middelgroot effect in het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jongeren met externaliserende problematiek (Hoogsteder et al., under review).

Systeemgerichte benadering

Er is bewijs dat systeemgericht behandelen bij jeugdige zedendelinquenten effectief is (Van Der Stouwe et al., 2014), vooral in combinatie met CGT (Calleja, 2022; Schmucker & Lösel, 2015; Ter Beek et al., 2018). Problemen binnen het functioneren van het gezin kan immers een risicofactor zijn. Veranderingen binnen het gezin gericht op de seksuele opvoeding, begrenzingen (samen naleven van het veiligheidsplan) en de kwaliteit van het contact kunnen leiden tot verbeteringen. Hierbij is ook aandacht nodig voor het inbouwen van familie engagement en betrokkenheid (Calleja, 2013, 2022). Daarnaast wordt er gewerkt aan het krijgen van meer steun voor opvoeders en de jongeren door relevante netwerkleden te betrekken.

Bewerkte mindfulness oefeningen

Om stressreductie te realiseren wordt er o.a. gewerkt met (bewerkte) elementen uit de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR), deze is ontwikkeld door Kabat-Zinn e. a. (1998). Mindfulness heeft o.a. 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. Een systematische review vond een afname in stress na mindfulness-interventies bij jongeren in het strafrechtelijk systeem (Murray et al., 2018). Diezelfde review laat ook veelbelovende

veranderingen zien met betrekking tot zelfregulatie en het ontwikkelen van strategieën om boosheid te beheersen. Uit een vrij recente meta-analyse blijkt dat interventies die gebaseerd zijn op mindfulness, leiden tot een reductie (groot effect) van externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jongeren met externaliserende gedragsproblemen (Hoogsteder et al., 2022).

2. Specifieke responsiviteitsprincipe

Specifieke responsiviteit staat ten eerste voor aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie/werkalliantie. Verder is het nodig dat er wordt zorggedragen voor een goede afstemming tussen de jongere en de behandelaar (Maas & Smith, 2019). Om dit te realiseren is het van belang dat je als behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid, de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden van de jongere, de aard van de problematiek, de behandelmotivatie en de 'leerstijl' van de jongere (Bonta & Andrews, 2023).

Sommige onderdelen uit de modules zijn bedoeld om de responsiviteit en daarmee de ontvankelijkheid voor de interventie te vergroten. Denk aan het zorgen voor meer motivatie en het vergroten van het zelfvertrouwen.

Realiseren van maatwerk

Pas op de grens Jeugd voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de jeugdige. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel jeugdigen met een lage intelligentie als voor jeugdigen met een hogere intelligentie. Rollenspellen 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 jeugdigen voor oefeningen die het beste aansluiten bij de leerstijl en interesses. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de jeugdige. Tevens kan worden gekozen voor verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van de leerstijl en de hulpvraag.

Verbeteren van zelfeffectiviteit/geloof in eigen kunnen

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

Het gedachtegoed van het Good Lives-model (GLM; Ward & Brown, 2004)

Het gedachtegoed van het Good Lives-model (GLM) wordt gebruikt om de responsiviteit te vergroten. Het GLM-model blijkt namelijk motiverend te werken en helpt voor het verbeteren van de oplossingsvaardigheden (Mallion et al., 2020). GLM is te karakteriseren als een vorm van positieve psychologie die ervanuit gaat dat mensen van nature actieve, doelgerichte wezens zijn, die voortdurend doel en betekenis willen geven aan hun leven. Volgens het GLM-gedachtegoed leidt het bevorderen van het welzijn van de jongere tot bescherming tegen de risicofactoren. Tijdens de behandeling wordt om die reden een appèl gedaan op de sterke eigenschappen en capaciteiten van de jongere (empowerment), en het versterken van beschermende factoren

Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep onvoldoende gemotiveerd is, zet de behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren (Miller & Rollnick, 2013). 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. Pas op de grens Jeugd benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de jongere, de opvoeders en de behandelaar interacteren (Gale et al., 2018; Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkaliantie en in voldoende mate valideren (Taylor et al., 2015; Voutilainen, et al., 2018);
2. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit, geloof in eigen kunnen (Bandura, 1997; Briones-Rodriguez, et al., 2016);
3. Er worden hulpbronnen ingezet om verandering te bereiken, zoals ervaringsdeskundigen of steunende systeemleden;
4. De jongere ziet voordelen in verandering (voordelen benoemen van oplossingen/inzetten op aspecten die snel resultaat opleveren);
5. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de leerstijl van een jeugdige (Bonta & Andrews, 2023). Er kan bijvoorbeeld naar behoefte worden gevarieerd met de mate waarin er gewerkt wordt met rollenspelen, rolwisseling, voordoen, gebruik van filmfragmenten, ontspanningsoefeningen, stoelentechnieken, video-opnames, verdiepende vragen, discussiëren);
6. De jongere vindt onderdelen uit het programma-aanbod interessant of leuk (er wordt om die reden gezorgd voor een gevarieerd en actief aanbod dat aansluit bij de leerstijl). Oefeningen of onderdelen die aangenaam worden bevonden, worden vaker gedaan of er wordt langer bij stilgestaan).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Een Procesevaluatie en Eerste Aanzet Naar de Doeltreffendheid van het Zorgprogramma SGG-Jeugd (masterscriptie), Stuij, A.G.. Universiteit van Amsterdam. Oktober 2018.
- B.** De procesevaluatie heeft van januari 2018 tot september 2018 gelopen, hierbij zijn vier vestigingen van de Waag betrokken. De onderzoeksgroep bestond uit 20 jongeren en 12 behandelaars. Voor het procesonderzoek is gebruik gemaakt van korte interviews met behandelaars om te toetsen in hoeverre zij voldeden aan de opleidingseisen, de uitkomst van de sessies-checklist over een periode van vier weken en een evaluatieformulier over de totale behandelperiode tot nu toe. Beide vragenlijsten zijn door cliënten en behandelaars ingevuld. Door het gebruik van de eerste vragenlijst werd duidelijk hoe het gesteld was met het niveau van de programma-integriteit (PI) over een serie behandelsessies bij verschillende behandelaars en cliënten. Dit door te kijken naar de mate waarin werkzame ingrediënten en specifieke onderdelen van de interventie tijdens de sessies werden toegepast. Er werd bijvoorbeeld gevraagd of de cliënt zich voldoende begrepen en gemotiveerd voelde en of er een thuisopdracht werd meegegeven. Aan het einde van de behandeling (voordat de nazorgfase inging) of aan het einde van de procesevaluatie is aan de behandelaar en de jongere gevraagd om ook een eindevaluatieformulier in te vullen. Het eindevaluatieformulier voor de behandelaar toetst in welke mate alle werkzame elementen tijdens de hele behandeling (tot nu toe) zijn aangeboden om zo te kunnen beoordelen of de individuele behandeling tot nu toe een voldoende score qua behandelintegriteit. Hierbij is bijvoorbeeld ook gekeken naar de toepassing van de RNR-principes. Tijdens de procesevaluatie zijn jongeren geïnccludeerd die net waren begonnen, maar ook jongeren die al bezig waren met de behandeling. Jongeren en behandelaars hebben over een periode van twee maanden aangegeven in hoeverre er vooruitgang is gesignaleerd in het behalen van de subdoelen van de behandelmethodiek met een cijfer van 1 tot 10 (waarbij, 1= helemaal niet waar en 10= absoluut waar). Hiervoor is de doelenlijst gebruikt. De totaalscore van alle doelen bij de nulmeting is vergeleken met de totaalscore na twee maanden.
- C.** Uit de procesevaluatie is duidelijk geworden dat er redelijk aan de randvoorwaarden werd voldaan. 92% van de behandelaars voldeed aan de opleidingseisen bij aanvang van de procesevaluatie (halverwege het onderzoek ging het om 100%). De doelgroep voldeed grotendeels aan de indicatiecriteria, 100% voldeed aan de eisen m.b.t. leeftijd, intelligentie, geslacht en diagnose. Echter, 30% van de beoogde doelgroep voldeed niet aan het gewenste recidiverisico. Toch werd bij hen besloten om Pas op de grens Jeugd aan te bieden vanwege de seksuele problematiek en de zorgen vanuit de omgeving (maar wel minder intensief, vaak om de week). Met behulp van de sessies-checklist werd de PI gescoord met een gemiddelde van 91% volgens de mening van de jongens en een gemiddelde van 85% volgens de behandelaars. Het behaalde resultaat voldeed aan de minimale eis van 80%. De behandelprogramma-integriteit bleek ook voldoende als er gekeken werd naar de gehele behandeling (tot nu toe). Er werd een gemiddelde van 95% gerapporteerd door de jongens en een gemiddelde van 85% door de behandelaars. Met deze score werd wederom aan de gestelde eis voldaan, aangezien een minimale score van 75% als criteria werd gehanteerd. Er bleken twee behandelingen niet behandel-integer te zijn uitgevoerd. Uit deze procesevaluatie werd duidelijk dat de meeste werkzame elementen voldoende tot goed werden toegepast met uitzondering van het doen van doe-oefeningen. Door de jongeren werd dit onderdeel beoordeeld met een 6,8. De behandelaars beoordeelden dit onderdeel echter lager (er werd gemiddeld een kleine zes gescoord). Verder werd er een kleine zes gescoord op de invulling van de intervisie en de mate waarop er werd geoefend met oefeningen uit de Pas op de Grens Jeugd-methodiek. De jongeren beoordelen de interventie Pas op de grens Jeugd tijdens dit onderzoek met een 9.1. 100% van de jongeren vond dat de behandeling (tot nu toe) had geholpen. Zij vertrouwen er allemaal op dat zij niet nogmaals (seksueel) grensoverschrijdend gedrag zouden gaan vertonen. Tijdens het onderzoek is ook gekeken naar de doeltreffendheid op groepsniveau in een periode van twee maanden aan de hand van de doelenlijst. De jongeren rapporteerden een groot effect ($d = 0.90$) met betrekking tot verschil in uitkomst tussen de nulmeting en de eindmeting. Ook de behandelaars rapporteerden een significant verschil, maar volgens hen betrof het een klein effect ($d = 0.36$).

Reflectie uitkomsten procesevaluatie

De procesevaluatie maakte duidelijk dat er meer aandacht besteed moest worden aan het doen van doe-oefeningen tijdens therapie en het regelmatig oefenen met oefeningen uit het zorgprogramma tijdens de

interviews. Om verbetering aan te brengen met betrekking tot de genoemde aandachtspunten is in 2019 tijdens een booster aandacht besteed aan het doen van ervaringsgerichte oefeningen aan de hand van twee verschillende casussen. Ook zijn er specifieke opdrachten gemaakt die gedaan kunnen worden tijdens interview. Daarnaast is er veel energie gestoken in het vinden van een balans m.b.t. het vaak genoeg volgen van interviews en het functioneel inrichten van de interviews. Dit liep niet altijd even goed op de kleine vestigingen. Ook werd er soms nog interview gedaan met de volwassen zorglijn. Om die reden is sindsdien afgesproken dat de kleine vestigingen aansluiten bij de grotere vestigingen als zij niet meer dan twee tot drie behandelaars hebben die Pas op de Grens Jeugd aanbieden.

- A.** Procesequalectie Pas op de Grens Jeugd 2024, Dust, S.D., Van Linden, D.E., & Hoogsteder, L.M. (2024). Universiteit van Amsterdam en de Waag.
- B.** Het betreft een processequalectie die in 2024 is uitgevoerd. De onderzoeksgroep bestond uit 52 jongeren en 31 behandelaars. De processequalectie had als doel om inzicht te bieden in de mate waarin er voldaan werd aan de randvoorwaarden, het bereik en het niveau van de programma-integriteit. Daarnaast is er specifiek geanalyseerd of jongeren tijdens de behandeling meer steun zijn gaan ervaren uit hun netwerk. Uit de onderzoeksresultaten in 2020 en 2021 (zie 4.2 onderzoek naar de effectiviteit) bleek immers dat er geen verbeteringen werden gerealiseerd in het domein sociale netwerk. Voor de processequalectie is gebruik gemaakt van dossierinformatie, de uitkomst van de sessie-checklist (alleen ingevuld door behandelaars) over een periode van vier weken en het eindevaluatieformulier over de totale behandeling (ingevuld door cliënten en behandelaars). Het niveau van de programma-integriteit is door behandelaars per cliënt en per caseload beoordeeld. Hierdoor werd het mogelijk om zowel op cliëntniveau als op teamniveau en Waagbreed een goed beeld te creëren over het niveau van de PI. Met de sessiechecklist werd beoordeeld in hoeverre de potentiële werkzame ingrediënten en specifieke onderdelen van de interventie tijdens de sessies zijn toegepast. Er werd bijvoorbeeld gevraagd of de cliënt zich voldoende begrepen en gemotiveerd voelde en of er een thuisopdracht werd meegegeven. Met het eindevaluatieformulier voor de behandelaar werd de PI over de hele behandeling getoetst door eveneens in kaart te brengen in welke mate alle werkzame elementen zijn aangeboden. Hierbij is bijvoorbeeld ook gekeken naar de toepassing van de RNR-principes en of een behandelaar interview heeft gevolgd.
- C.** In de afgelopen vijf jaar kregen 321 jongens de methodiek aangeboden die voldeden aan de indicatiecriteria. Zie verder het kopje over het bereik. Het blijkt dat op 10 van de 11 vestigingen alle behandelaars voldoen aan de opleidingseisen voor het aanbieden van Pas op de Grens Jeugd. Op één vestiging moet één behandelaar de basisopleiding nog volgen. De sessiechecklist leverde een gemiddelde score van 81,8% op, wat boven de minimale eis van 80% ligt. De scores varieerden op teamniveau van 72,7% tot 100%, waarbij één team onvoldoende scoorde en drie teams aandachtspunten hadden vanwege één of twee laag beoordeelde onderdelen. Behandelaars merkten op dat het vaak lastig was om aan het begin van een behandeling aan onderdelen voldoende toe te passen, vooral het aanbieden van doe-oefeningen. Gemiddeld werd dit onderdeel gescoord met een 5,9. De eindevaluatieformulieren, ingevuld door de behandelaars, leverden een gemiddelde score van 87,5% op, wat ruim boven de minimale eis van 75% ligt. Geen enkel team scoorde onvoldoende (range 81,25% tot 93,75%). Er werd gemiddeld genomen onvoldoende gewerkt met het meegeven van huiswerkopdrachten (5,8). Daarnaast mocht er vaker geoefend worden met onderdelen van de methodiek tijdens interview (5,7). Enkele behandelaars gaven aan dat het niet altijd lukte om meer steun te realiseren door het ontbreken van mensen uit het netwerk die steun zouden kunnen bieden, of omdat jongeren hier niet voor gemotiveerd zijn. Tijdens de processequalectie is ook gekeken naar de individuele scores van de jongens die de behandeling hadden afgerond en deelnamen aan de meest recente studie naar de doeltreffendheid van de methodiek (Van Linden, 2024). Het bleek dat de PI bij 57 van de 61 behandelingen voldoende was; het ging om scores van 75% of hoger. Bij de vier jongens bij wie de PI onvoldoende was, bleek dat er niet gewerkt was met huiswerkopdrachten en niet vaak genoeg doe-oefeningen waren aangeboden. Bij twee behandelingen hadden de behandelaars onvoldoende interviews gevolgd en/of tijdens interview niet geoefend met de methodiek. De ingevulde eindevaluatieformulieren door 52 jongeren leidden tot een gemiddelde tevredenheidsscore van 8,3 en zij vonden de behandeling effectief (9,1). Aan het begin van de behandeling scoorden zij het

item 'grip op problemen' met een 5,5, en na de behandeling een 7,9. Daarnaast hadden 49 jongeren er vertrouwen in dat zij na de behandeling geen seksueel grensoverschrijdend gedrag meer zouden vertonen. Feedback betrof geen concrete verbeter tips. Enkele jongens vonden vragen over de seksuele ontwikkeling overbodig. Dit punt is echter nog niet aangepast, omdat behandelaren juist vinden dat dit moet worden uitgebreid.

Verder hebben zes jongens aangegeven dat het werken aan meer steun bij hen gepaard ging met negatieve ervaringen en gevoelens van afwijzing, waardoor zij er weer mee wilden stoppen. Positieve feedback ging over de aandacht voor eigen trauma's, vriendschap en eenzaamheid. Specifieke waardering werd uitgesproken voor het vlaggenspel, 'Keek op de week', en de levenslijn. Opvoeders (n = 32) waren ook tevreden (8,5). Ze waardeerden vooral de mogelijkheid om te praten over de situatie en hun gevoelens van schaamte. Sommige opvoeders vonden het confronterend om over seksuele opvoeding te spreken. Deze feedback leidde echter niet tot aanpassing van de methodiek, gezien het een noodzakelijke interventie kan zijn bij jongeren met SGG.

Teams en behandelaren hebben tijdens de procesevaluatie hun behoeften kenbaar gemaakt. Eén team wenst een variant voor jongvolwassenen, en er is vraag naar meer aandacht voor eenzaamheid in de module. Een ander team wil meer aandacht voor de seksuele ontwikkeling en tips voor afstemming met jongeren over termen gerelateerd aan seksualiteit. De basisopleiding wordt minimaal eens per jaar aangeboden, maar vaker aanbieden is wenselijk. Er is ook behoefte aan meer tools voor psycho-educatie. Enkele behandelaren willen officieel opschaling naar modules zoals zelfbeeld, weerbaarheid en emotieregulatie van AROPMaat, omdat deze meer mogelijkheden bieden voor verdieping en relevant kunnen zijn voor jongens die geïndiceerd zijn voor 'Pas op de Grens Jeugd'.

Uit de procesevaluatie is verder duidelijk geworden dat er een significant resultaat werd behaald in het verbeteren van het sociaal netwerk. Het gaat om een klein tot middelgroot effect ($d = 0.43$). Het is echter onduidelijk of dit voortkomt uit de ingezette acties die in 2021 zijn ingezet of omdat er nu meer data beschikbaar is en dus meer power, waardoor de kans op een significant verschil groter wordt.

Indicatiestelling en bereik

Pas op de Grens Jeugd is in de afgelopen vijf jaar 321 keer aangeboden aan jongens die voldeden aan de indicatiecriteria, waarvan 41 keer bij Accare en 280 keer bij de Waag. Van de 280 jongeren bij de Waag zijn er 56 vroegtijdig uitgevallen (20%). Daarnaast kregen 100 jongens (35,7%) onderdelen van Pas op de Grens Jeugd aangeboden, hoewel ze niet volledig voldeden aan de indicatiecriteria of behandeld werden met FAST (Forensische Ambulante Systeemtherapie) in combinatie met onderdelen uit Pas op de Grens Jeugd vanwege ernstige systemische problemen. Deze laatstgenoemde groep bestond vooral uit jongens tussen de 12 en 15 jaar. Ook was er een groep die de LVB-versie kreeg aangeboden; voor deze groep is een aparte versie ontwikkeld die niet is ingediend bij de Erkenningscommissie. Bij de groep die niet volledig voldeed aan de indicatiecriteria vanwege een te laag recidiverisico, is maatwerk geleverd door minder intensieve behandeling en het gebruik van passende onderdelen van Pas op de Grens Jeugd.

Reflectie uitkomsten procesevaluatie

In september 2024 wordt een bijeenkomst georganiseerd om de uitkomsten van het onderzoek naar de doeltreffendheid van Pas op de Grens Jeugd en de procesevaluatie met de programma-verantwoordelijken (PV) te bespreken. We zullen de feedbackpunten doornemen en bepalen of de ontwikkelpunten door een groot deel van de teams worden gedeeld. Vervolgens wordt dit ook met Accare besproken. Met Accare is al afgesproken om gezamenlijk tweejaarlijks een basistraining aan te bieden. Met de PV zal een plan van aanpak worden gemaakt voor teams waar de intervisies nog onvoldoende verlopen, mogelijk door net zoals in 2019 weer aan te sluiten bij andere vestigingen. Dit werd bij twee vestigingen teruggedraaid toen er voldoende behandelaren waren om zelf voor functionele intervisies te zorgen, maar is nu weer aan de orde bij andere vestigingen. Ook zal de programmamanager Jeugd ter ondersteuning vaker aanwezig zijn bij de intervisies van deze teams. Per team wordt, samen met de programmamanager Jeugd en de teamleider Jeugd, besproken wat de aandachtspunten zijn en hoe deze verbeterd kunnen worden.

Verder stellen de programmamanager Jeugd en de directeur behandelzaken een plan op om tijdens de basistraining, intervisies en boosters wederom meer aandacht te besteden aan doe-oefeningen. Dit blijft een aandachtspunt, vooral voor nieuwe academisch geschoolde behandelaren. Zij vervallen helaas snel in het praten en vinden het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen vaak spannend om te doen.

4.2 Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek 1, publicaties

Onderzoek 1 - Publicatie 1.1

- A.** Bozon, B.R. (2020). *De doeltreffendheid van de interventie 'Pas op de grens Jeugd': Verschil tussen jongeren met en zonder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)*. Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B.** Het betreft een pre-experimenteel design waarbij geen sprake was van random toewijzing met 24 jongens. Het onderzoek is getoetst door een ethische commissie (UvA), alleen jongens met informed consent (ook van opvoeders, indien de jongen onder de 16 jaar was) zijn geïncludeerd. Er is onderzocht of het zorgprogramma Pas op de grens Jeugd doeltreffend is in het verlagen van de kans op het seksuele en geweldsrecidiverisico en de domeinen 'seksuele problemen', 'emotioneel/persoonlijk' en 'sociaal netwerk' na afronding van de behandeling. Het gaat om de totale doelgroep, dus zowel kindmisbruikers als misbruikers. De onderzochte domeinen beslaan een belangrijk deel van de subdoelen. Zeker ook omdat het domein 'emotioneel/persoonlijk' vooral over de subdoelen gaan die onder andere de algemene zelfregulatie betreffen. Tevens is onderzocht of jongeren met ADHD ($n = 12$) even responsief bleken voor de behandeling als jongeren zonder ADHD ($n = 12$). Eventuele veranderingen in het recidiverisico en de genoemde domeinen is gemeten met Risicotaxatie in de Ambulante Forensische Geestelijke Gezondheidszorg (RAF-GGZ Jeugd; Van Horn et al., 2009). Kijkend naar de eidevaluatieformulieren voldeden de behandelingen aan de minimale score van 75%, waardoor er gesteld kan worden dat de programma-integriteit in orde was.
- C.** Met een gepaarde t-toets is onderzocht of het seksuele en geweldsrecidiverisico is afgenomen, kijkend naar het verschil tussen de begin- en eindmeting. Het seksuele recidiverisico bleek bij de eindmeting significant afgenomen te zijn in vergelijking met de beginmeting, het ging om een groot effect ($d = 1.18$). Er bleek slechts bij enkele jongeren een inschatting te zijn gemaakt over het geweldsrecidiverisico, waardoor deze uitkomstmaat niet geanalyseerd kon worden. Behandelaren gaven aan dat ze geen inschatting hadden gemaakt, omdat het niet aan de orde was. Bij het domein 'seksuele problematiek' en 'emotioneel/persoonlijk' werden ook positieve resultaten gevonden, beiden met een groot effect ($d = 1.16$ en $d = 1.05$). Er werd geen significant verschil gevonden op het domein 'sociaal netwerk'. Er werden geen negatieve effecten gevonden. Tot slot bleek er geen verschil te zijn in de doeltreffendheid van een behandeling voor jongeren met of zonder ADHD. Dit betekent dat jongeren met ADHD even goed profiteren van de behandeling.

Onderzoek 1 - Publicatie 1.2

- A.** Graaff, T. (2021). *De doeltreffendheid van het zorgprogramma 'Pas op de Grens Jeugd': Is er verschil in werkzaamheid bij jongeren met of zonder Autisme Spectrum Stoornis?* Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B.** Het betreft een pre-experimenteel design waarbij geen sprake was van random toewijzing met 29 jongens. Het onderzoek bevat grotendeels dezelfde data als het onderzoek van Bozon (2020). Om deel te nemen aan het onderzoek dienden alle jongens (en opvoeders bij jongens onder de 16 jaar) toestemming te hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek. Alle gegevens zijn anoniem verwerkt en er zijn alleen testinstrumenten gebruikt die al standaard werden afgenomen bij Pas op de Grens. Jongens die in 2019 zijn gestart met hun behandeling en deze voor april 2021 hebben afgerond, zijn geïncludeerd. Het gaat om zowel de kindmisbruikers als de misbruikers. Er is onderzocht of het zorgprogramma Pas op de grens Jeugd doeltreffend is in het verlagen van de kans op het seksuele en algemene recidiverisico en de domeinen 'seksuele problemen', 'emotioneel/persoonlijk', 'functioneren gezin' en 'sociaal netwerk'. Hierbij is gekeken na verschil tussen nul- en eindmeting. De genoemde domeinen beslaan een belangrijk deel van de subdoelen, maar betreffen niet alle subdoelen. Er is tevens onderzocht of jongeren met ASS (autismespectrumstoornis) ($n = 15$) even responsief bleken voor de behandeling als jongeren zonder ASS ($n = 14$). Eventuele veranderingen in het recidiverisico en de genoemde domeinen is gemeten met het instrument: Risicotaxatie in de Ambulante Forensische Geestelijke Gezondheidszorg (RAF-GGZ Jeugd; Van Horn et al., 2009). Bij 90% van de respondenten uit dit onderzoek is de behandelintegriteit getoetst. Per behandeling ging het om een minimale score van 80%. Dit voldoet aan de eis, aangezien 75% de minimale eis betreft (Hoobroeckx, 2018; Baartmans, 2019).

- C. Met een gepaarde t-toets is onderzocht of het seksuele en algemene recidiverisico is afgenomen bij de totale onderzoeksgroep, kijkend naar het verschil tussen de begin- en eindmeting. Het seksuele recidiverisico en het algemene recidiverisico bleken bij de eindmeting significant afgenomen te zijn in vergelijking tot de beginmeting. Het betrof bij beiden een groot effect ($d = 1.27$ en $d = 1,03$). Bij het domein 'seksuele problematiek' en 'emotioneel- persoonlijk' werden ook positieve resultaten gevonden met een groot effect ($d = 1.01$ en $d = 0.90$). Er werd een middelgroot effect gevonden bij het domein 'functioneren gezin' ($d = 0.53$) en geen significant verschil gevonden op het domein 'sociaal netwerk', wel een trend naar significantie (p-waarde tussen 0.05 en 0.1). Er werden geen negatieve effecten gevonden. Tot slot bleek er geen verschil te zijn in de doeltreffendheid van een behandeling voor jongeren met of zonder ASS. Dit betekent dat jongeren met ASS even goed profiteren van de behandeling.

Reflectie onderzoekresultaten:

Uit de resultaten van de hierboven beschreven scripties werd duidelijk dat het nodig was om meer aandacht te besteden aan het sociale netwerk. De uitkomsten zijn kenbaar gemaakt aan de behandelaren via de programma-verantwoordelijken. Bovendien is de interventie: 'het betrekken van steunende netwerkleden voor opvoeders en de jongere bij het eindevaluatieformulier' gepositioneerd bij de randvoorwaarden om zo het belang nog meer te benadrukken. Daarnaast is er de afgelopen twee jaar tijdens het opstellen van het behandelplan en intervisies scherper getoetst of hier voldoende aandacht aan is besteed. Uit de recente procesevaluatie blijkt dat er inmiddels een positief significant effect wordt gerealiseerd (klein tot middelgroot).

Onderzoek 2, publicatie

Onderzoek 2 - Publicatie 2.1

- A. Van Linden, D. (2024). De doeltreffendheid van het zorgprogramma 'Pas op de Grens Jeugd': Is er verschil in werkzaamheid bij jongeren met of zonder een eigen verleden met SGG? Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B. Het betreft een pre-experimenteel design waarbij geen sprake was van random toewijzing met 61 jongens. De jongens zijn in oktober 2020 of later ingestroomd en hebben de behandeling voor april 2024 afgerond. Om deel te nemen aan het onderzoek dienden alle jongens (en opvoeders bij jongens onder de 16 jaar) toestemming te hebben gegeven voor deelname aan het onderzoek. Daarbij zijn alle gegevens anoniem verwerkt en alleen test-instrumenten gebruikt zijn die standaard tijdens Pas op de Grens Jeugd worden afgenomen. Er is onderzocht of het zorgprogramma Pas op de grens Jeugd doeltreffend is in het reduceren van het seksuele en algemene recidiverisico en de domeinen 'seksuele problemen', 'emotioneel/persoonlijk'. Om de twee domeinen nauwkeurig te beoordelen is ook gebruik van de doelenlijst. Er is tevens onderzocht of jongeren met een verleden als slachtoffer van SGG ($n = 15$) even goed profiteren van de interventie als ouders zonder een verleden met SGG ($n = 46$).
- Eventuele veranderingen in het recidiverisico en de genoemde domeinen zijn gemeten met het instrument: Risicotaxatie in de Ambulante Forensische Geestelijke Gezondheidszorg (RAF-GGZ Jeugd; Van Horn et al., 2009). Daarnaast is de SGG-doelenlijst gebruikt, dit is een kwalitatief meetinstrument die checkt in hoeverre de jongere de behandeldoelen van Pas op de Grens Jeugd al heeft behaald. Jongeren en behandelaren beoordelen in hoeverre zij vinden dat de doelen zijn behaald met een cijfer van 1 tot 10 (waarbij, 1= helemaal niet waar en 10= absoluut waar). De doelen in de doelenlijst zijn direct gerelateerd aan alle behandeldoelen van de behandelmethodiek. In de huidige studie zijn de doelen meegenomen die gerelateerd zijn aan de domeinen 'emotioneel/persoonlijk' en 'seksuele problematiek'. Voorbeelden van doelen zijn: 'Ik ben de baas over seksuele verlangens die tot problemen leiden', 'Ik weet meestal wat ik voel; ik kan mijn emoties (gevoel) uiten.'
- Tijdens dit onderzoek is ervan uitgegaan dat de programma-integriteit van de behandelingen in orde was, aangezien deze recent is getoetst en voldoende bleek (Dust et al., 2024).
- C. Met een gepaarde t-toets is gekeken naar het verschil tussen de nul- en eindmeting voor de uitkomstmaten 'seksuele en algemene recidive' (gerapporteerd door de behandelaar) en de domeinen 'seksuele problematiek' en emotioneel/persoonlijk' (beiden ook getoetst met de doelenlijst, betreft rapportage door de behandelaar en de jongere). Er werd bij de gehele onderzoeksgroep een significant verschil gevonden tussen de begin- en eindmeting met een groot effect voor alle uitkomstmaten ($d = 1.29$; $d = 1.18$; $d = 1.19$; $d = 1.24$) gemeten met de RAF-GGZ Jeugd. Bij de doelenlijst worden ook

significante resultaten gevonden. De totale score van de doelen die behoren bij 'seksuele problematiek' leidt tot een klein tot middelgroot positief effect ($d = 0.42$). Bij de totale score van de doelen die vallen onder het domein 'emotioneel/persoonlijk' betrof het een klein positief effect ($d = 0.35$). De jongeren beoordeelden hun vooruitgang vrijwel hetzelfde over de seksuele problematiek ($d = 0.48$). Echter zij waren een stuk positiever over de vooruitgang op het domein 'emotioneel/persoonlijk', het ging om een groot effect ($d = 1.08$).

Aan de hand van dezelfde uitkomstmaten is tevens met een ANCOVA onderzocht of daders met een verleden als slachtoffer van SGG even goed profiteerden van het zorgprogramma als daders zonder een verleden met SGG. Er werden op alle uitkomstmaten geen significante verschillen gevonden tussen deze twee groepen. Wel bleek er sprake van een trend naar significantie met betrekking tot het seksuele recidiverisico. De groep met een eigen verleden met SGG realiseerde, tegen de verwachting in betere resultaten in het verlagen van seksuele recidive in vergelijking tot de groep zonder een verleden met SGG. Waarschijnlijk helpt het toevoegen van EMDR of een andere vorm van traumatherapie aan de behandeling volgens de richtlijnen van Pas op de Grens Jeugd voldoende om te zorgen voor soortgelijke resultaten bij beide groepen.

Reflectie onderzoekresultaten:

Het onderzoek toont bemoedigende resultaten, vooral wat betreft veranderingen in het seksuele en algemene recidiverisico. Het is belangrijk dat de behandeling niet alleen gericht is op het seksuele recidiverisico, aangezien de doelgroep ook kan recidiveren met andere soorten delicten. De onderzoeksresultaten benadrukken het belang van evaluatiegesprekken met de jongere en eventueel de opvoeder(s). Tijdens deze gesprekken moet worden gekeken bij welke items van de doelenlijst er een verschil van mening is over de score en hoe dat komt. Ook is het essentieel om items die nog specifieke aandacht nodig hebben, onderdeel van de behandeling te laten zijn. Dit aandachtspunt wordt meegenomen in de aandachtspunten die eerder zijn beschreven naar aanleiding van de recente procesevaluatie.

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van de RNR-principes (Bonta & Andrews, 2023), waaronder het aansluiten bij de specifieke responsiviteit, zoals de leerstijl, eigenschappen en taal van de jongere;
2. Aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie (Roest et al., 2022);
3. Systeemgericht aanpak met focus op het verminderen van onderlinge conflicten en het verbeteren van de kwaliteit van het contact tussen ouder en kind;
4. Focus op het realiseren van een steunend persoon uit het netwerk;
5. Het generaliseren wordt bevorderd door opvoeders te betrekken en thuisopdrachten (in de vorm van doe-opdrachten) mee te geven en door gezamenlijk te werken aan het naleven van het veiligheidsplan;
6. Inzet van bewezen effectieve therapeutische technieken, zoals systemische aanpak in combinatie met CGT-technieken en grotendeels individuele aanpak;
7. Structureel aanbieden van gedragsmatige aanpak door het doen van doe-oefeningen, waaronder rollenspelen en bewerkte mindfulness oefeningen;
8. Aandacht voor meer inzicht en grip op eigen seksuele zelfregulatie;
9. Het structureel stimuleren in het toepassen van adequate oplossingsvaardigheden (start van elke sessie);
10. Aandacht voor het verminderen van stress en boosheid (Ter Beek et al., 2018);
11. Gebruik van ondersteunende materialen zoals het vlaggensysteem en diverse filmfragmenten;
12. Focus op het vergroten van het zelfvertrouwen om het geloof in eigen kunnen te verbeteren en zo ook de leerbaarheid.

6. Aangehaalde literatuur

- Akkermans, M., Derksen, E., & Kennis, M. (2023, December 11). Jeugdige verdachten en slachtoffers van criminaliteit. Centraal Bureau Voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2023/jeugdige-verdachten-en-slachtoffers-van-criminaliteit/3-jeugdige-slachtoffers-criminaliteit>
- Akkermans, M., Derksen, R., Kloosterman, R., Moons, E., & Wingen, M. (2023). Prevalentiemonitor Huiselijk Geweld en Seksueel Grensoverschrijdend gedrag 2022. WODC & CBS.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy and health behaviour. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 160-162.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2023). *The psychology of criminal conduct* (Seventh Edition). Routledge, Taylor & Francis Group.
- Bouw, N., Huijbregts, S. C. J., Scholte, E., & Swaab, H. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction in Prison: Experiences of Inmates, Instructors, and Prison Staff. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(15–16), 2550–2571. <https://doi.org/10.1177/0306624X19856232>
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G. E., Santos-Alcantara, M. G., Lopez-Ramirez, E. O., & Urdiales-Ibarra, M. E. (2016). Cognitive algebra underlying high school students self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education*, 8(2), 136-148.
- Bullens, R., Van Horn, J., & Van Eck, A. M. (2014). J-SOAP D: De Nederlandse vertaling en bewerking van de J-SOAP II (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II). Handleiding Versie III. De Forensische Zorgspecialisten. <https://doi.org/10.1037/too800-000>
- Burton, D. L. (2003). Male Adolescents: Sexual Victimization and Subsequent Sexual Abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(4), 277–296. <https://doi.org/10.1023/A:1024556909087>
- Caldwell, M. F. (2010). Study Characteristics and Recidivism Base Rates in Juvenile Sex Offender Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197–212. <https://doi.org/10.1177/0306624X08330016>
- Calleja, N. G. (2013). Integrating research into practice: The Forward-Focused Model of adolescent sexual behavior treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 686–694. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.023>
- Calleja, N. G. (2022). Developmentally-informed treatment for adolescent sex offenders: An effectiveness evaluation of the Forward-Focused Model. *Journal of Offender Rehabilitation*, 61(2), 106–120. <https://doi.org/10.1080/10509674.2021.2018379>
- CBS. (2023). Statline Leefstijl; persoonskenmerken [dataset]. <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85457NED/table?dl=7AB35>
- CBS. (2016). Jeugdcriminaliteit daalt. Centraal Bureau Voor de Statistiek. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/09/jeugdcriminaliteit-daalt>
- Christiansen, A. K., & Vincent, J. P. (2013). Characterization and prediction of sexual and nonsexual recidivism among adjudicated juvenile sex offenders. *Behavioural Sciences and the Law*, 31, 506–529.
- De Haas, S., Van Berlo, W., & Bakker, F. (2010). Jeugdige en volwassen plegers van seksueel geweld: een representatief onderzoek naar zelfgerapporteerde seksuele dwang. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34, 218–223.
- De Haas, S., Van Berlo, W., Bakker, F., & Vanwesenbeeck, I. (2012). Prevalence and Characteristics of Sexual Violence in the Netherlands, the Risk of Revictimization and Pregnancy: Results From a National Population Survey. *Violence and Victims*, 27(4), 592–608. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.4.592>
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., Rothman, D. B., & Letourneau, E. J. (2017). Evidence-Based Treatments for Youths Who Engage in Illegal Sexual Behaviors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(5), 631–645. <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1261714>
- D'Urso, G., Petrucci, I., Costantino, V., Zappulla, C., & Pace, U. (2019). The role of moral disengagement and cognitive distortions toward children among sex offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 26(3), 414–422. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1506718>
- Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>

- Fanniff, A. M., Schubert, C. A., Mulvey, E. P., Iselin, A.-M. R., & Piquero, A. R. (2017). Risk and Outcomes: Are Adolescents Charged with Sex Offenses Different from Other Adolescent Offenders? *Journal of Youth and Adolescence*, 46(7), 1394–1423. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0536-9>
- Farrington, D. P., Gaffney, H., & White, H. (2022). Effectiveness of 12 Types of Interventions in Reducing Juvenile Offending and Antisocial Behaviour. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 64(4), 47–68. <https://doi.org/10.3138/cjccj.2022-0022>
- Frans, E., & Franck, T. (2022) *Sensoa Vlaggensysteem*. Reageren op (grensoverschrijdend) gedrag van kinderen en jongeren. Garant.
- Gale, J., Clarbour, J., & Rayner, K. (2018). Psychologists' understanding of the factors influencing successful treatment in a secure forensic environment. *Journal of Forensic Practice*.
- Gearhart, M. C., & Tucker, R. (2020). Criminogenic risk, criminogenic need, collective efficacy, and juvenile delinquency. *Criminal Justice and Behavior*, 47(9), 1116–1135.
- Graaf, H. de, Borne, M. van den, Nikkelen, S. W. C., Twisk, D., & Meijer, S. (2017). *Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2017*. Rutgers & SOAIDS.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113(1), 101–131. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.113.1.101>
- Green, R., Meredith, L. R., Mewton, L., & Squeglia, L. M. (2023). Adolescent Neurodevelopment Within the Context of Impulsivity and Substance Use. *Current Addiction Reports*, 10(2), 166–177. <https://doi.org/10.1007/s40429-023-00485-4>
- Grieger, L., & Hosser, D. (2014). Which Risk Factors are Really Predictive?: An Analysis of Andrews and Bonta's "Central Eight" Risk Factors for Recidivism in German Youth Correctional Facility Inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 41(5), 613–634. <https://doi.org/10.1177/0093854813511432>
- Hartsfield, J., Sharp, S., & Conner, S. (2017). Cumulative Sexual Victimization and Mental Health Outcomes Among Incarcerated Women. *Dignity: A Journal on Sexual Exploitation and Violence*, 2(1). <https://doi.org/10.23860/dignity.2017.02.01.11>
- Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., & Gibbs, J. C. (2015). A Meta-Analysis on Cognitive Distortions and Externalizing Problem Behavior: Associations, Moderators, and Treatment Effectiveness. *Criminal Justice and Behavior*, 42(3), 245–262. <https://doi.org/10.1177/0093854814552842>
- Hoogsteder, L.M., Ruijsenaars, K., Kesteloo, S., Oomen, P., Dust, S., Stams, G.J.J.M.A (2024). Multilevel Meta-Analysis: The Effects of Cognitive Behavioral Therapy in Combination with Experiential Interventions for Children and Adolescents with Externalizing Problem Behavior. Under review.
- Hoogsteder, L. M., Van Os, R. C. J., Lutjens, J. B., Smeets, N., & Stams, G. J. M. M. (2023). A multilevel meta-analysis on the effect of mindfulness-based interventions in reducing externalizing problem behavior in adolescents. *International Journal of Stress Management*, 30(3), 309–320. <https://doi.org/10.1037/stro000285>
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M., & Becker, J. V. (2003). Juvenile Sex Offenders: Toward the Development of a Typology. *Sexual Abuse*, 15(1), 27–48. <https://doi.org/10.1177/107906320301500103>
- Jadhav, K. S., & Boutrel, B. (2019). Prefrontal cortex development and emergence of self-regulatory competence: The two cardinal features of adolescence disrupted in context of alcohol abuse. *European Journal of Neuroscience*, 50(3), 2274–2281. <https://doi.org/10.1111/ejn.14316>
- Jagers, H. D. (2001). Gezinsbenaderingen bij de behandeling van jeugdigen met justitiële contacten. *Kind en Adolescent*, 22(4), 149.
- Joyal, C. C., Carpentier, J., & Martin, C. (2016). Discriminant factors for adolescent sexual offending: On the usefulness of considering both victim age and sibling incest. *Child Abuse & Neglect*, 54, 10–22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.01>
- Joyal, C. C., Tardif, M., & Spearson-Goulet, J.-A. (2020). Executive Functions and Social Cognition in Juveniles Who Have Sexually Offended. *Sexual Abuse*, 32(2), 179–202. <https://doi.org/10.1177/1079063218807487>
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients with Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Photo Therapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA): *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625–632. <https://doi.org/10.1097/00006842-199809000-00020>

- Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2016). Sex Offender Recidivism Revisited: Review of Recent Meta-analyses on the Effects of Sex Offender Treatment. *Trauma, Violence, & Abuse, 17*(1), 105–117. <https://doi.org/10.1177/1524838014566719>
- Klahr, A. M., McGue, M., Iacono, W. G., & Burt, S. A. (2011). The association between parent–child conflict and adolescent conduct problems over time: Results from a longitudinal adoption study. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 46–56. <https://doi.org/10.1037/a0021350>
- Koehler, J. A., Lösel, F., Akoensi, T. D., & Humphreys, D. K. (2013). A systematic review and meta-analysis on the effects of young offender treatment programs in Europe. *Journal of Experimental Criminology, 9*(1), 19–43. <https://doi.org/10.1007/s11292-012-9159-7>
- Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development, 93*(1), 45–58.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*(1), 117–146. <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>
- Maas, S., & Smith, J. (2019). The role of the working alliance in offender rehabilitation. In P. Ugwudike, H. Graham, F. McNeill, F. Taxman, & C. Trotter, *The Routledge Companion to Rehabilitative Work in Criminal Justice*. Routledge.
- Mallion, J. S., Wood, J. L., & Mallion, A. (2020). Systematic review of ‘Good Lives’ assumptions and interventions. *Aggression and Violent Behavior, 55*, 101510. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101510>
- Meijer, R. F., Moolenaar, D. E. G., Choenni, R., & Van den Braak, S. W. (2021). Criminaliteit en rechtshandhaving 2021: Ontwikkelingen en samenhangen (Cahier 2022-12). Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). Motiveren in het kader van de jeugdreclassering. In I. Wijers, *Justitiële interventies bij delinquente jongeren* (pp. 304–418).
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed). Guilford Press.
- Morais, H., & Joyal, C. C. (2020). Neuroscience of Adolescents with Sexual Offence Convictions. In Fabian, J. (ed.), *Violence Risk in Criminal Offender Populations: A Forensic Psychological and Neuropsychological Perspective*. Wiley.
- Movisie. (2011). *Over de grens: Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem*. Movisie.
- Murray, R., Amann, R., & Thom, K. (2018). Mindfulness-based interventions for youth in the criminal justice system: A review of the research-based literature. *Psychiatry, Psychology and Law, 25*(6), 829–838. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1478338>
- Ó Ciardha, C., & Ward, T. (2013). Theories of Cognitive Distortions in Sexual Offending: What the Current Research Tells Us. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(1), 5–21. <https://doi.org/10.1177/1524838012467856>
- Prinzle, P., Dekovic, M., & Reitz, E. (2008). Ouderlijke persoonlijkheid, opvoeding en probleemgedrag: Directe en indirecte effecten. *Kind en Adolescent, 29*(1), 4–16.
- Richardson, G. (2005). Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: Implications for therapy. *Journal of Sexual Aggression, 11*(3), 259–276. <https://doi.org/10.1080/13552600500402419>
- Riise, E. N., Haugland, B. S. M., & Wergeland, G. J. H. (2023). Cognitive Behavioral Therapy (CBT) with Children and Adolescents. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of Clinical Child Psychology: Integrating Theory and Research into Practice*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-24926-6>
- Roest, J. J., Welmers-Van de Poll, M. J., Peer Van der Helm, G. H., Stams, G. J. J. M., & Hoeve, M. (2022). A Three-level Meta-analysis on the Alliance-Outcome Association in Child and Adolescent Psychotherapy. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-022-00986-2>
- Rovers, B. (2010). Motiveren en motivatieproblematiek. In M. Kooijmans, *Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*. Expertisecentrum Veiligheid.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135–159).
- Schleider, J. L., Abel, M. R., & Weisz, J. R. (2015). Implicit theories and youth mental health problems: A random-effects meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 35*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.11.001>

- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, *11*(4), 597–630. <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *136*(4), 526–575. <https://doi.org/10.1037/a0019700>
- Siria, S., Echeburúa, E., & Amor, P. J. (2022). Adolescents Adjudicated for Sexual Offending: Differences Between Sexual Reoffenders and Sexual Non-Reoffenders. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(17–18), NP15384–NP15404. <https://doi.org/10.1177/08862605211015209>
- Stewart, K. E., Sitney, M. H., Kaufman, K. L., DeStefano, J., & Bui, T. (2019). Preventing juvenile sexual offending through parental monitoring: A comparison study of youth's experiences of supervision. *Journal of Sexual Aggression*, *25*(1), 16–30. <https://doi.org/10.1080/13552600.2018.1528796>
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, *26*(1), 58–64.
- Szumski, F., Bartels, R. M., Beech, A. R., & Fisher, D. (2018). Distorted cognition related to male sexual offending: The multi-mechanism theory of cognitive distortions (MMT-CD). *Aggression and Violent Behavior*, *39*, 139–151. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.001>
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*(3), 240–253.
- TenEyck, M. F., Barnes, J. C., & El Sayed, S. A. (2023). The Impact of Cumulative Risk on Criminal Behavior Across the Life Course. *Journal of Developmental and Life-Course Criminology*, *9*(4), 555–589. <https://doi.org/10.1007/s40865-023-00243-0>
- Ter Beek, E., Spruit, A., Kuiper, C. H. Z., Van Der Rijcken, R. E. A., Hendriks, J., & Stams, G. J. J. M. (2018). Treatment Effect on Recidivism for Juveniles Who Have Sexually Offended: A Multilevel Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *46*(3), 543–556. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0308-3>
- Ueda, M. (2017). Developmental risk factors of juvenile sex offenders by victim age: An implication for specialized treatment programs. *Aggression and Violent Behavior*, *37*, 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.09.006>
- Van Berlo, W., & Van Beek, I. (2019). Seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld: Feiten en cijfers. Movisie & Rutgers.
- Van den Berg, J. W., Smid, W., Kossakowski, J. J., van Beek, D., Borsboom, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2020). The Application of Network Analysis to Dynamic Risk Factors in Adult Male Sex Offenders. *Clinical Psychological Science*, *8*(3), 539–554. <https://doi.org/10.1177/2167702620901720>
- Van Der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & Van Der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(6), 468–481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>
- Van Horn, J., & Boswinkel, N. (2019). Forensische Klachtenlijst—Jeugd Versie 2 (FKL-Jeugd V2): Handleiding. De Waag.
- Van Horn, J., Van Slagteren, J., & Eisenberg, M. (2015). Onderzoeksbulletin: Redicive bij jongeren in de ambulante forensische ggz. De Forensische Zorgspecialisten.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Leuven Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Frontiers in psychology*, *9*, 530.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, *10*(3), 243–257. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662744>
- Washington, A., Underwood, L. A., Yarhouse, M., Crump, Y., & Dailey, F. L. L. (2017). The Impact of Treatment for Juveniles with Sexual Behavior Problems in Reducing Anxiety, Depression, and Cognitive Distortions. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, *19*(2). <https://doi.org/10.4172/1522-4821.1000360>
- Wielinga, F., Margeotes, K., & Olver, M. E. (2021). Clinical and risk relevance of intimacy and loneliness in a treated sample of men who have offended sexually. *Journal of Sexual Aggression*, *27*(1), 35–51. <https://doi.org/10.1080/13552600.2019.1698778>

Samenwerking erkenningstraject

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

