

## Interventie

### Agressie Regulatie op Maat Jeugd

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 29 september 2021

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (30 juli 2021).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Agressie Regulatie op Maat Jeugd. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van [www.justitieinterventies.nl](http://www.justitieinterventies.nl).

## Inhoud

<b>Samenvatting.....</b>	<b>4</b>
<b>1. Uitgebreide beschrijving .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Uitvoering.....</b>	<b>14</b>
<b>3. Onderbouwing.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Onderzoek .....</b>	<b>22</b>
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen .....</b>	<b>24</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur.....</b>	<b>25</b>

## Samenvatting

Agressie Regulatie op Maat Jeugd (vanaf nu AROPMaat Jeugd) is bedoeld voor jeugdigen met (ernstige) agressieproblematiek van 12 tot 16 jaar en wordt binnen de ambulante en residentiële forensische zorg aangeboden. Het primaire doel van AROPMaat Jeugd is het verminderen van agressief gedrag en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag. AROPMaat Jeugd is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische en experiëntiële technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set van standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vier maanden tot maximaal anderhalf jaar.

## Doelgroep

AROPMaat Jeugd is bedoeld voor jeugdigen met (ernstige) agressieproblematiek van 12 tot 16 jaar met een IQ-score boven de 80. Het agressieve gedrag is zichtbaar op minimaal twee levensgebieden. Bij de doelgroep is sprake van een matig, middelhoog of hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. De jeugdigen zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming, CJG / Jeugdzorg en/of er is sprake van (dreigend) schooluitval. AROPMaat Jeugd richt zich naast de jeugdige ook op de opvoeder(s) van de jeugdige.

## Doel

Het primaire doel van AROPMaat Jeugd is tweeledig. Enerzijds gaat het om het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden. Dit betekent onder andere dat gevoelens en gedachten die leiden tot agressie afnemen. Anderzijds dient (de kans op) recidive (terugval) van gewelddadig gedrag in de toekomst te zijn verminderd. Dit betekent dat de dynamische risicofactoren zijn afgenomen en de daadwerkelijke recidivecijfers op groepsniveau zijn verminderd.

## Aanpak

AROPMaat Jeugd is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vier maanden tot maximaal anderhalf jaar. Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico. Enkele modules (Assertiviteit, Conflicthantering en Emoties de baas) kunnen ook in groepsverband worden aangeboden. Een groepsbijeenkomst duurt anderhalf uur. Er is ook een module voor opvoeders, deze wordt deel met de jongere gevolgd en deels zonder. Ouders op groepsleiding worden ook betrokken voor het naleven van het veiligheidsplan en signaleringsplan.

## Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diversie handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling en een evaluatiehandleiding. Verder is de inhoud van het programma voor de jeugdige en de behandelaar nauwkeurig beschreven in elf standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Daarnaast is er een opleidingshandleiding. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

## Onderbouwing

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat chronisch agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren, zoals *cognitieve* en *emotionele processen*) en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten).

## Onderzoek

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van de AROPMaat Jeugd bij de Waag (forensische ambulante zorg; Hoogsteder, 2016). Bij het onderzoek waren 36 jeugdigen en 12 behandelaars betrokken. De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep grotendeels is bereikt en dat de program

ma-integriteit redelijk in orde was. Er heeft tevens een effectonderzoek plaatsgevonden naar de effecten van AROPMaat Jeugd (quasi-experimenteel; Hoogsteder et al., 2021). AROPMaat Jeugd werd vergeleken met een TAU-controlegroep die Ouderschap met Liefde (erkende interventie) kregen aangeboden of CGT gecombineerd met systeemtherapie. De resultaten wezen uit dat AROPMaat-Jeugd in vergelijking tot de TAU-groep meer effect heeft behaald in het verminderen van de kans op geweldsrecidive (groot effect), impulsiviteit, disfunctionele cognities, externaliserend probleemgedrag (gerapporteerd door de jongeren). Het gaat hierbij om een middelmatig effect met uitzondering van disfunctionele cognities die leiden tot subassertief gedrag (klein effect). AROPMaat-Jeugd bleek eveneens meer verbeteringen te realiseren in het hanteren van boosheid en het gemotiveerd blijven, het ging om een middelmatig effect. Er werd door de AROPMaat-Jeugd geen beter effect gerealiseerd in het functioneren van het gezin. Beide groepen behaalde een groot effect, kijkend naar verschil tussen nul- en eindmeting. AROPMaat-Jeugd deed het ook niet beter in het verminderen van externaliserend gedrag volgens de opvoeders. De AROPMaat-Jeugd-groep behaalde een middelgroot effect, de TAU-groep een klein effect. Er werd geen verschil gevonden op actieve en palliatieve coping, beide groepen realiseerde slechts een klein effect in het verbeteren van de palliatieve coping, de actieve coping ging bij beide groepen niet vooruit. Soortgelijke resultaten werden ook gevonden bij het effectonderzoek van AROPMaat voor jongvolwassenen (Hoogsteder et al, 2014a; Hoogsteder et al., 2018; Hoogsteder et al., 2020). In de residentiële setting werd bij de versie voor jongvolwassenen ook gekeken naar het daadwerkelijke geweldsrecidive en dit bleek na 3 jaar 29,8% minder bij de experimentele groep in vergelijking tot de controlegroep.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

ARopMaat Jeugd is bedoeld voor jeugdigen van 12 tot 16 jaar met ernstige agressieproblematiek en een IQ-score boven de 80. Bij de jeugdige is sprake van een matig, matig tot hoog of hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieve gedrag is zichtbaar op minimaal twee levensgebieden (gezin, school, vrije tijd) en kan instrumenteel of emotioneel van aard zijn of een combinatie van beide. Het agressieprobleem is onderdeel van psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis of een oppositioneel opstandige gedragsstoornis of een normoverschrijdend-gedragsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD, PTSS en/of problematisch middelengebruik. Er is sprake van (aanhoudende) boosheidsgevoelens, een geringe impulscontrole (executieve functie) en emotieregulatie, beperkte probleemoplossing en disfunctionele cognities die leiden tot agressief gedrag. De jeugdigen zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming, CJG / Jeugdzorg en/of er is sprake van (dreigend) schooluitval.

### Intermediaire doelgroep

ARopMaat Jeugd richt zich naast de jeugdige ook op de opvoeder(s) van de jeugdige. Ook worden er relevante netwerkleden betrokken voor het bieden van steun aan de opvoeder(s) en de jeugdige. Leerkrachten worden bij de uitvoering van de interventie betrokken als het agressieve gedrag ook op school aan de orde is. In de residentiële setting wordt altijd de groepsleiding. Alle betrokken personen in de systemen om de jeugdige heen vormen de intermediaire doelgroep.

### Selectie van doelgroepen

*Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?*

*Residentieel:* Jeugdigen worden op grond van een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel geplaatst in een instelling. Vervolgens is de behandelcoördinator (hoofdbehandelaar) verantwoordelijk voor het indiceren van een jeugdige voor ARopMaat-Jeugd.

*Ambulant:* De jeugdige wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een forensische jeugdzorginstelling. Tijdens het intakegesprek wordt vervolgens onderzocht of ARopMaat Jeugd voorlopig geïndiceerd is. Na de intake start de voorbereidende behandel fase (bestaat uit maximaal vier gesprekken). In deze periode vindt onder andere assessment en risicotaxatie plaats en het opstellen van een behandelplan. De AR-jeugdbehandelaar die de indicatie en risicotaxatie-gesprekken heeft gevoerd bespreekt de bevindingen in het reguliere multidisciplinaire teamoverleg. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indictiestelling.

### 1.2.3 Indicatiecriteria

#### Algemene criteria

1. De jeugdige beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jeugdige heeft de leeftijd van 12 en 16 jaar en een IQ score van 80 of hoger (via een screener voor
3. intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) wordt bepaald of afname van een
4. intelligentietest nodig is en een test voor meer inzicht over de mate waarin de jeugdige over adaptieve
5. vaardigheden beschikt (ADAPT);
6. De jeugdige heeft een matig (3), middelhoog (4) of hoog (5) recidiverisico. Dit betekent dat de jeugdige een
7. 3, 4 of 5 scoort op het item geweldsrecidiverisico van de RAF-GGZ Jeugd (risicotaxatie-instrument);
8. De jeugdige scoort bij de RAF GGZ Jeugd matig (1) of hoog (2) op het item problemen met het hanteren van boosheid;
9. Er is volgens de DSM-5 sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere
10. gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis
11. al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik.
12. Uit het dossier van de verwijzer c.q. het intakegesprek blijkt dat het agressieve gedrag van de jeugdige in
13. het heden zorgt voor problemen op minimaal twee leefgebieden.

### *Verdiepingscriteria*

Een jeugdige is geïndiceerd voor de interventie als de algemene criteria van toepassing zijn in combinatie met **tenminste twee** van onderstaande punten:

1. De jeugdige heeft op de verkorte lijst irrationele gedachten (V-LIG) in totaal een score van 45 of hoger;
2. Uit het dossier van de verwijzer c.q. het intakegesprek blijkt dat de jeugdige maandelijks zijn agressie op andere personen of materialen richt in de vorm van verbale en/of fysieke agressie; De jeugdige geeft tijdens de intake aan dat hij minimaal één keer in zijn leven “blind” van woede is geweest, hij wist toen niet meer wat hij deed;
3. Het agressieve gedrag van de jeugdige heeft geleid tot een (voorwaardelijke) strafafdoening, een (dreigende) civielrechtelijke maatregel of (dreigend) uitval op school;
4. De jeugdige scoort bij de RAF GGZ Jeugd matig (1) of hoog (2) op tenminste twee van de volgende items: Impulsiviteit, Ervaren stress, Geringe coping en Negatieve Opvattingen.

### *Contra-indicaties*

1. Structurele weigering om te praten met AR-behandelaar, zowel thuis als bij de instelling
2. Primaire verslavingsproblematiek;
3. Acute psychose of een ernstig trauma;
4. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).

De contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie / informatie van de verwijzer, informatie van opvoeder(s) en de klinische blik van de behandelaar die de intake verzorgt.

### *Indicatiecriteria optionele modules*

Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt gebruik gemaakt van een checklist ‘indiceren optionele modules’ en classificaties die door de DSM-V zijn vastgesteld. Zo is bijvoorbeeld de module impulscontrole geïndiceerd als er sprake is van ADHD.

## **Betrokkenheid doelgroep**

De doelgroep is op verschillende manieren betrokken bij de doorontwikkeling van de interventie. Zes maanden na de implementatie van het programma is de inhoud geëvalueerd met behandelaren. Zij hebben hierbij ook aan de jeugdigen en opvoeders om feedback gevraagd. Hieruit werd duidelijk dat de jeugdigen meer oefeningen wilden gericht op het verkrijgen van meer zelfvertrouwen. Dit helpt om makkelijker nieuwe vaardigheden aan te leren die helpen om minder snel boos te worden. Verder werd bijvoorbeeld duidelijk dat op de modules geen leeftijd vermeld moest worden, maar ARopMaat Jeugd. Enkele jeugdigen gaven namelijk aan dat het niet stoer is als er vermeld wordt dat het ook voor 12 jarigen is. Over de module Emoties de baas werd opgemerkt dat deze ook heel goed in groepsverband kan worden aangeboden. “Je beseft dan beter dat je niet de enige bent met stemmingswisselingen”. Er werd in totaal drie keer in groepsverband aan jeugdigen om feedback gevraagd. Hieruit bleek onder andere dat de jeugdigen vooral ondersteunende wensen hadden. Door hun feedback zijn de werkbladen in een word-formulier gezet, zodat het nu ook digitaal ingevuld kan worden en gemaïld. Verder zijn er cartoons uit de modules verwijderd die de jeugdigen niet begrepen en/of erg suf vonden. Ook is er gepoogd om het veiligheidsplan persoonlijker te maken. Verder werd door een deel van de jeugdigen aangegeven dat ze de Wii als onderdeel van de therapie cool vonden, omdat het hen helpt om het doel van bepaalde oefeningen beter te begrijpen en om op een leuke manier bezig te zijn met het leren focussen. De Wii wordt echter wel erg gedateerd gevonden; de jeugdigen hebben echter (nog) geen goed alternatief aangedragen. De laatste keer werd aangegeven dat er te weinig filmfragmenten waren, deze zijn om die reden uitgebreid. Verder werd er positief gereageerd op de module Zelfbeeld. Een aantal oefeningen zijn aangepast of uitgebreid op advies van enkele jeugdigen. Zo is bijvoorbeeld de uitleg over de drie breinen toegevoegd en zijn een aantal ervaringsgerichte oefeningen simpeler gemaakt. Jongeren wordt dan gevraagd om vooral op hun gevoel te letten en niet op hun gevoel en gedachten (is te ingewikkeld).

## **1.2 Doel**

### **Hoofddoel**

Het primaire doel van ARopMaat Jeugd is tweeledig. Enerzijds gaat het om het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden. Dit betekent dat de jeugdige minder agressieve gevoelens en gedachten ervaart en dat er minder conflicten plaatsvinden op verschillende leefgebieden (leefgroep, school/werk, gezin). Anderzijds dient de (kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst te zijn verminderd. Dit wordt gemeten met de RAF GGZ Jeugd (Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd; Van Horn, Wilpert, Bos, Eisenberg, & Mulder, 2009).

## Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen AROPMaat Jeugd worden aangeboden. Om te bepalen of een doel bereikt is, kan gebruik gemaakt worden van het overzicht Modules in beeld die te vinden is in de algemene programmahandleiding. Daarnaast worden aan het begin, tijdens en aan het einde van de behandeling verschillende vragenlijsten afgenomen die het agressieve gedrag (Incidenten registratiesysteem (residentiële setting)), de copingvaardigheden (UCL: De Utrechtse Coping Lijst) en de aanwezige cognitieve vervormingen (V-LIG) in kaart brengen. Daarnaast wordt de voortgang met de AROPMaat-doelenlijst gemonitord.

*AROPMaat Jeugd ambulante en residentiële werkt aan de volgende standaard subdoelen (geldt voor de gehele doelgroep):*

*Alle modules (de eerste twee doelen krijgen tijdens de startmodule expliciet aandacht):*

1. Bij de jeugdige is sprake van verandermotivatie. De jeugdige toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering. De jeugdige heeft zicht op de nadelen van agressief handelen voor zichzelf;
2. De jeugdige ervaart emotionele steun van één of meer mensen uit zijn netwerk. Indien gewenst kan het ook gaan om praktische ondersteuning;
3. De jeugdige is in staat tot het innemen van perspectief van anderen. Dit betekent o.a. dat de jeugdige lastige gebeurtenissen vanuit verschillende kanten kan bekijken en dat de jeugdige kan bedenken hoe een ander over een situatie denkt;
4. De jeugdige kan adequate (geweldloze) oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen als er sprake is van situaties die hij/zij lastig vindt.

*Module specifiek:*

1. De jeugdige beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden (manieren/trucs om zichzelf in te houden door onder andere boosheidsgevoelens te laten zakken, zodat agressief gedrag voorkomen kan worden (module Beheersingsvaardigheden);
2. De jeugdige hanteert geen cognitieve vervormingen die agressief gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de jeugdige functionele (helpende) gedachten kan toepassen (module Invloed van het denken);
3. De jeugdige is in staat om assertief te handelen. Dit betekent o.a. dat een jeugdige rekening kan houden met de ander zonder agressief te doen (ook als hij boos is). Daarnaast kan de jeugdige NEE zeggen tegen de negatieve invloed (waaronder groepsdruk) van leeftijdsgenoten (module Assertiviteit).

*Algemene doelen voor relevante betrokken systeemleden (indien aanwezig)*

1. De interactie tussen de opvoeders en de jeugdige is verbeterd. Opvoeders beschikken over vaardigheden voor het verbeteren van het contact en het adequaat hanteren en oplossen van conflicten. Dit betekent o.a. dat opvoeders hun kind kunnen valideren (begrip tonen voor gevoelens en gedachten) en conflictremmers kunnen toepassen.
2. De groepsleider die of het systeemlid dat betrokken is bij de behandeling biedt de jeugdige steun en helpt bij het naleven van het veiligheidsplan (zij herkennen acute risicofactoren);
3. De groepsleider die of het systeemlid dat betrokken is bij de behandeling ontvangt psycho-educatie over het probleemgedrag van de jeugdige.

*AROPMaat Jeugd werkt aan de volgende optionele subdoelen:*

1. Module verminderen van stress en boosheid: De jeugdige reduceert gevoelens van stress, spanning en boosheid; er is geen sprake van chronische stress / verhoogde arousal. De jeugdige past functionele copingvaardigheden toe;
2. Module Impulscontrole: De jeugdige kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
3. Module Waarnemen en Interpretieren: De jeugdige kan het gedrag van anderen objectief waarnemen en via rationele gedachten interpreteren;
4. Module Emoties de baas: De jeugdige kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
5. Module Conflicthantering: De jeugdige beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de jeugdige weinig ruzie heeft met andere mensen, adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden;
6. Module Zelfbeeld: De jeugdige ervaart dagelijks momenten van zelfvertrouwen, waardoor hij sociale situaties als minder lastig ervaart en dit minder stress oproept;
7. De ADHD en/of het problematische middelengebruik en/of de traumagerelateerde klachten van de jeugdige is onder controle (bij problematisch middelengebruik is het gebruik sterk verminderd) en heeft geen negatieve invloed op het externaliserende probleemgedrag (dit wordt beoordeeld door de behandelaar).



N.B. Mochten de optionele modules niet geïndiceerd zijn voor een jeugdige (er wordt dan verondersteld dat de jeugdige al voldoende over deze vaardigheden beschikt), dan is het volgen van de standaard modules voldoende om het primaire doel te realiseren.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

#### Algemeen

ARopMaat Jeugd is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; zie voor uitleg kopje *onderbouwing*), een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken, rollenspelen, oefeningen met het Wii-balanceboard en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Ook worden er thuiswerk-oefeningen meegegeven.

#### Fasering

ARopMaat Jeugd bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. **Indiceren.** Het gaat om een regulier onderdeel die elke instelling toepast, namelijk het zorgdragen voor een algemeen intakegesprek. Er worden vragen gesteld die nodig zijn om een voorlopige diagnose en indicatie te kunnen stellen;
2. **Voorbereidende behandelfase.** Deze fase bestaat gemiddeld genomen uit vier gesprekken en is gericht op risicotaxatie en assessment, aangaan van contact, motiveren, empoweren, psycho-educatie, het opstellen van een veiligheidsplan en behandelplan (hiervoor is het nodig dat duidelijk is welke optionele modules van toepassing zijn). Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie en diagnose gesteld;
3. **Behandeling.** Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt indien van toepassing ook een signaleringsplan opgesteld. De duur van deze fase varieert en is tevens afhankelijk van de intensiteit. Uit de procesevaluatie bleek deze fase gemiddeld genomen 37 weken te duren.
4. **Afrondende behandelfase.** Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling zijn behaald. Dit wordt bevestigd door de aanwezigheid van een terugvalpreventieplan, het realiseren van een eindevaluatie met verwijzers en het aanbieden van een certificaat;
5. **Nazorg.** De duur van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling.
6. Bij een lage tot matige recidive duurt de nazorg zes weken, er wordt dan om de week (telefonisch) contact gelegd. Als bij afsluiting van de behandeling de kans op recidive middelmatig of hoog is, bestaat de nazorgfase uit drie maanden. Er is dan maandelijks face to face contact en om de week contact via de app/mail/telefoon.

#### Frequentie en duur van de interventie

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / te veranderen. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico en een jeugdige die langzaam leert (bijvoorbeeld door een vrij laag IQ of ADHD). Een groepsaanbod (bijvoorbeeld bij de module Assertiviteit, Emoties de Baas en Conflicthantering) duurt anderhalf uur.

Er wordt gemiddeld genomen vijf bijeenkomsten over een module gedaan (met uitzondering van de module Emoties de Baas en Conflicthantering). Uit de procesevaluatie bleek dat de gemiddelde behandeling 42 weken duurde (tot en met fasen vier), bij het onderzoek naar de effectiviteit bleek het echter om 35 weken te gaan. Opvoeders zijn gemiddeld genomen 12 sessies van 60 tot 90 minuten bezig met de module Gezin in Beeld.

#### Standaard en optionele modules

Voor het bieden van maatwerk bestaat het programma van ARopMaat Jeugd uit een set standaard modules (Startmodule, Gezin in Beeld, Jezelf beheersen, Invloed van het denken, Assertiviteit) en een aantal optionele modules (Verminderen van stress en boosheid, Impulsen de baas, Waarnemen en Interpretieren, Emoties de baas, en Conflicthantering). De Startmodule wordt al tijdens de pre-behandelfase ingezet. De overige modules worden ingezet vanaf de behandelfase. Om te bepalen of de optionele modules zijn geïndiceerd, worden concrete indicatiecriteria gebruikt. De module Impulsen de baas is bijvoorbeeld geïndiceerd als er sprake is van ADHD en de module Emoties de baas als de jeugdige last heeft van sterke stemmingswisselingen.

### *Opbouw module*

Elke module is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Dan worden de vaste onderdelen van een sessie beschreven. Hierbij kan voor het evalueren van de afgelopen periode gevarieerd worden in de oefening die je doet. Dit is afhankelijk van de leerstijl, de leerdoelen en de wensen van de jeugdige. In elke module wordt theorie besproken afgewisseld met verschillende oefeningen. Ook bestaat er een hoofdstuk met thuiswerk-opdrachten. De jeugdige en de behandelaar beslissen welke opdracht het meest passend is.

### *Individuele versus groepsbehandeling*

Er wordt grotendeels individueel behandeld. Als een jeugdige gemotiveerd is voor een groepsgericht aanbod, dan kunnen de module Assertiviteit (standaard), en indien van toepassing de modules Conflictantering en Emoties de baas (optioneel) in groepsverband worden aangeboden. Het is hierbij wel van belang dat er een veilig leerklimaat wordt gerealiseerd en de jeugdige niet te lang hoeft te wachten totdat er een groep start. Er is sprake van een contra-indicatie als de jeugdige regelmatig negatief gedrag vertoont in een groep. Hetzelfde geldt als er sprake is van een leerstijl en/of specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband. De genoemde modules worden dan individueel aangeboden. Er is al sprake van een groep als de module aan twee jeugdige wordt aangeboden. De ervaring leert dat er het beste gewerkt kan worden met maximaal vier jeugdigen.

### *Continuïteit*

Opvoeders en/of groepsleiding worden al vanaf de eerste fase bij de behandeling betrokken. Ze nemen een centrale positie in bij de uitvoering van het veiligheidsplan en/of signaleringsplan (dit wordt regelmatig geëvalueerd), het doen van huiswerk en het evalueren van de voortgang. Ook worden hen vaardigheden aangeleerd die de jeugdige helpt om het agressieve gedrag te verminderen. Hier wordt tijdens de behandelfase mee gestart. Daarnaast worden jeugdigen en de opvoeder(s) regelmatig gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer steun. Relevante netwerkleden worden ook uitgenodigd om aan sessies deel te nemen, indien hier toestemming voor is.

## **Inhoud van de interventie**

### *Algemene informatie*

De basishouding van de behandelaar is belang, het gaat om het valideren en het kunnen opschorten van het eigen oordeel, zodat het mogelijk is om een werkaliantie op te bouwen.

Daarnaast heeft een jeugdige altijd bij start van een bijeenkomst (al vanaf de pre-behandelfase) de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. Een jeugdige kan op die manier zijn gevoelens beter reguleren, maar bedenkt ook met de behandelaar adequate oplossingen / reacties voor als het nogmaals voorkomt. Naast dit onderdeel worden er verschillende modules aangeboden die elk gericht zijn op het behalen van een subdoel. De standaard modules en de geïndiceerde modules worden indien mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een jeugdige bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal het werken aan beheersingsvaardigheden minder effect hebben dan wanneer een jeugdige dit wel kan. In het kader van de responsiviteit kan hier echter van worden afgeweken, bijvoorbeeld als een jeugdige weerstand toont tegen een specifieke module en een andere wel graag wil doen.

Behandeling van een psychiater, verslavingszorg en/of een trauma-interventie kan parallel aan de AROPMaat Jeugd worden ingezet als er sprake is van bijvoorbeeld ADHD / depressie, problematisch middelengebruik of trauma gerelateerde klachten. Ook kan deze behandeling nog doorlopen als de jeugdige voor de AROPMaat Jeugd al in de nazorgfase zit.

## **Aanbod (pre)behandelfase**

### *Opbouw modules*

De modules hebben een cognitief gedragsmatige aanpak en bestaan naast theorie en psycho-educatie uit (dramatherapeutische technieken (rollenspelen), oefeningen met het Wii-balanceboard en aangepaste mindfulness oefeningen). Ook worden er thuiswerk-oefeningen meegegeven.

### *Opbouw sessie*

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij kan gekozen worden uit een drietal oefeningen. In de regel wordt gevraagd naar situaties waar de jeugdige boos over is geweest. Vervolgens wordt samen bekeken hoe je hier mee om zou kunnen gaan (oplossingsgericht) als de situatie zich nogmaals voor zou doen. Als de jeugdige erg opgefokt / gestrest is, dan wordt er een oefening gedaan die rustgevend werkt. Als er doorgedaan wordt met het aanbieden van de module, wordt er altijd gezocht naar een balans in het bieden van inzicht en het doen van

een oefening. Elke sessie moet er een doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke thuis-opdracht voor de jeugdige passend is om mee aan de slag te gaan.

In elke sessie krijgen de volgende twee onderdelen aandacht:

**A.** Het leren innemen van perspectief wordt tijdens de interventie gestimuleerd door de jeugdige zich te laten verplaatsen in mensen die anders (tegenovergesteld) denken en door het doen van rollenspelen waarin de jeugdige een ander nadoet (bijvoorbeeld de docent, ouder, etc.)

**B.** Het werken aan oplossingsvaardigheden gebeurt structureel. De jeugdigen worden bij elke module gestimuleerd oplossingen te bedenken aan de hand van zelf ingebrachte probleemsituaties, maar ook door fictieve situaties te bespreken.

#### 1. Startmodule (standaard).

Onderdelen uit deze module worden al ingezet tijdens de pre-behandeling. Als de module in deze fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandel fase. Deze module staat in het teken van het motiveren, empoweren (door o.a. stil te staan bij positieve eigenschappen en wat de jeugdigen goed kan), het bieden van psycho-educatie over agressie, inzicht krijgen in de eigen agressieketen, veiligheidsmanagement en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module worden de jeugdigen bijvoorbeeld gevraagd een filmpje te maken waarin mensen worden opgenomen die iets positiefs zeggen over de jeugdige en die voor de jeugdige belangrijk zijn.

#### 2. Module Gezin in Beeld (standaard met optionele onderdelen).

Een groot deel van de eerste bijeenkomsten worden alleen door de opvoeder(s) van de jeugdige gevolgd (behalve bij het onderdeel over de time-out procedure en het doornemen van elkaars triggers (rode knoppen)). Als de geïndiceerde onderdelen met de opvoeder(s) zijn doorlopen komt de jeugdige er pas bij. Door het aanbieden van de module zullen de jeugdige en opvoeder(s) meer veiligheid ervaren (inzet veiligheidsplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). De opvoeders krijgen psycho-educatie aangeboden over agressieproblematiek en eventuele aanwezige stoornissen. Verder ligt bij hen de focus op het leren valideren, het toepassen van de-escalerende technieken door dit te oefenen middels rollenspelen, het oefenen met het toepassen van helpende gedachten en helpende houding (imaginatie-oefeningen of rollenspel, en het leren adequater communiceren. Opvoeder(s) en de jeugdige gaan samen aan de slag met het benoemen van elkaars positieve eigenschappen, het (h)erkennen van elkaars triggers met als doel hiermee te stoppen, en het leren onderhandelen. De rode draad wordt gevormd door te werken aan het verbeteren van de communicatie, de kwaliteit van het contact en het verminderen van conflicten.

#### 3. Module verminderen van stress en boosheid, inclusief signaleringsplan (optioneel).

De jeugdige leert meer greep te krijgen op eigen spanningen en stress en past oefeningen toe om stress en boosheid te verminderen. Hierdoor zal de informatieverwerking beter verlopen en neemt het agressieve gedrag af. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen, oefeningen op de Wii mini (Wii fit plus), en de oefening 'wisselen van aandacht' met als doel het snel verminderen van boosheid / hoge arousal. Bedoeling is dat de jeugdige minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen en dit regelmatig herhaalt waardoor chronische stress verdwijnt en/of boosheid gereduceerd kan worden.

#### 4. Module Impulsen de baas (optioneel).

De jongere leert zijn impulsen beter te herkennen (ook in zijn lijf) en oefent met vaardigheden om deze gemakkelijker te kunnen beheersen of uit te stellen. Denk bijvoorbeeld aan oefeningen waarbij de jongere elke keer als hij een impuls voelt om iets te doen, oefent met het uitstellen van deze behoefte (ook via imaginatie). De jongere krijgt tijdens de 'uitstelperiode' vervolgens de opdracht om zijn aandacht ergens anders op te richten. Dit door bijvoorbeeld dan naar geluiden in de omgeving te luisteren (bewerkte mindfulness oefening). Er zijn tevens oefeningen waarbij de jongere expres wordt afgeleid en hij de opdracht krijgt om zich te concentreren en door te gaan met waar hij mee bezig is. Ook worden er veel ontspanningsoefeningen gedaan, om vervolgens te ontdekken dat dit helpt om minder impulsief te zijn. N.B. Parallel behandelen van ADHD door een psychiater is nodig, indien hier sprake van is.

#### 5. Module Jezelf beheersen (standaard).

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de jongere (in overleg) met triggers die boosheid oproepen. Een jongere probeert bijvoorbeeld de beheersingsvaardigheid "zichzelf afleiden uit" als hij middels een rollenspel of begeleide imaginatie wordt geconfronteerd met een situatie die hem boos maakt (jongere geeft eerst aan wat wel en wat niet gedaan of gezegd mag worden). De beheersingsvaardigheid bestaat dan bijvoorbeeld uit het observeren en beschrijven van een voorwerp, het denken aan een mooie herinnering of door een stressballetje te gebruiken en hierin te knijpen (twee keer hard en één keer zacht) of door een oortje in één oor te doen. De jongere zegt tijdens het oefenen niets terug, maar onderzoekt welke truc werkt. Bedoeling is dat de jongere uiteindelijk minimaal twee trucs

kan toepassen die hem helpen zichzelf te beheersen in verschillende situaties die bij hem agressief gedrag oproepen. Ook wordt er geoefend met het tijdig leren nemen van een time-out.

#### 6. Module Invloed van het denken (standaard).

Via CGT-technieken wordt er gewerkt aan het herkennen en 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, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg). De jongere wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties en oefent om hierbij ook een houding aan te nemen die de helpende gedachte versterkt. Het gaat om een houding die rust en zelfverzekerdheid uitstraalt. 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 worden er imaginatie-oefeningen gedaan om te ervaren hoe het is om anders te denken en vervolgens anders te voelen en te doen. Ook worden er stoelentechnieken ingezet om ambivalentie in het denken beter te ervaren en een meer gezonde denkwijze te versterken.

#### 7. Module Waarnemen en Interpretieren (optioneel).

De module is gericht op leren kennen van verschil tussen te snel oordelen en het onderbouwd een mening vormen. Verder is er aandacht voor bewustwording van niet-helpende gedachten die het waarnemen en interpreteren negatief beïnvloeden. Daarnaast wordt er geoefend met het neutraler interpreteren van de bedoelingen van anderen. Bijvoorbeeld door naar een filmfragment te kijken en vervolgens na te denken over mogelijke interpretaties. Ook wordt gevraagd om iemand waar je een hekel aan hebt met al je oordelen te beschrijven, dit vervolgens te doen zonder oordelen en daarna zoveel mogelijk redenen te bedenken waarom iemand doet zoals hij/zij doet.

#### 8. Module Emoties de baas (optioneel; eventueel in groep).

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, voornamelijk emoties die gerelateerd zijn aan agressief gedrag. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (ook qua gevoel in het lijf), zowel bij de jongere zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van kaartjes met gevoelens (gevoelenswereldspel). Tijdens het delen van ervaringen wordt de jongere gevalideerd en uitgenodigd om de emotie in zijn lichaam waar te nemen. Waar voel je de emotie, hoe voelt het daar precies, hoe groot is het gevoel? Ook wordt er gewerkt aan het meer grip krijgen op eigen emoties, onder andere door via een stoelentechniek de emotie te valideren en er vervolgens afstand van te nemen, of door het doen van ontspannings- en focusoefeningen.

#### 9. Module Assertiviteit (standaard; eventueel in groep).

De jeugdige leert het verschil kennen tussen subassertief, assertief en agressief reageren. Vervolgens wordt geleerd om conflicten of lastige situaties op assertieve wijze op te lossen en te benaderen door te kijken naar voorbeelden en deze zelf uit te proberen. De jeugdige probeert ook assertieve (niet agressieve) reacties uit na confrontatie met beledigende opmerkingen. Verder wordt er geoefend met het weerstand bieden tegen (verschillende vormen van) een negatieve groepsdruk. In dit laatste voorbeeld is het handiger om groepsgericht te werken, omdat jeugdigen dan met elkaar tijdens rollenspelen voor de groepsdruk kunnen zorgen.

#### 10. Module Conflicthantering (optioneel; eventueel in groep).

In deze module wordt gewerkt aan diverse vaardigheden, die nodig zijn om op een constructieve wijze conflicten te hanteren. Denk aan het adequaat communiceren, omgaan met autoriteiten, omgaan met kritiek. Bij conflicten die vaker voorkomen, wordt er eerst bekeken welke conflictuitlokkers de jeugdige toepast. Vervolgens wordt aan de jeugdige gevraagd hiermee te stoppen en na te denken welke conflictremmer helpend zou zijn om in het vervolg escalatie te voorkomen. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van deze conflictremmer.

#### 11. Module Zelfbeeld (optioneel)

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

## 12. Module problematisch middelengebruik (optioneel)

Jeugdigen met antisociaalgedrag en problematisch middelengebruik worden veelal afgewezen voor een reguliere CGT-behandeling gericht op problematisch middelengebruik (PMG) vanwege ontkenning en/of een tekort aan probleembesef. Kijkend naar de RNR-principes en het gegeven dat actuele wetenschappelijke inzichten aangeven dat het behandelen van PMG bij voorkeur geïntegreerd dient te gebeuren, is het om die reden passend om binnen de AROPmaat een module aan te bieden, mits er geen sprake is van verslaving (dan is doorverwijzing naar een gespecialiseerde instelling noodzakelijk).

In deze module wordt gepoogd om meer bewustwording te realiseren over problematisch middelengebruik en mogelijke negatieve gevolgen voor de jeugdige. De jeugdigen wordt vooraf aan deze module gemotiveerd om problematisch middelengebruik aan te pakken, waarbij naast het valideren, het opbouwen van de behandelrelatie, er meer dan eens specifiek stilgestaan wordt bij de voor- en nadelen van middelengebruik. Dit is nodig, omdat de ervaring leert dat een groot deel van de doelgroep de impact van middelengebruik in eerste instantie sterk bagatelliseert, het heeft om die reden tijd nodig om motivatie en vervolgens verandering te realiseren.

In deze module wordt gepoogd om het thema te behandelen door aan te sluiten bij bekende AROPmaat-oefeningen. De jeugdige ervaart hierdoor een geïntegreerde behandelplan en het helpt om onnodige herhalingen te voorkomen. Voor het leren omgaan met trek, worden bijvoorbeeld (aangepaste) oefeningen aangeboden die de jeugdige al kent vanuit de module het verminderen van Stress en Boosheid en de module Beheersingsvaardigheden, maar dan m.b.t. een andere context. Hierbij wordt tevens gebruik gemaakt van wat de jeugdige al heeft aangeleerd om bijvoorbeeld minder onrust te ervaren. Als de jeugdige de oefening wisselen van aandacht goed aangaat, dan wordt deze ook aangeboden voor het verminderen van trek. Bij het leren weerstaan van groepsdruk, wordt gewerkt met bewerkte oefeningen uit de module Assertiviteit, hetzelfde geldt voor het toepassen van helpende gedachten. De module bevat ook een hoofdstuk voor de opvoeders, zij krijgen handvatten aangeboden die kunnen helpen om het problematisch middelengebruik van hun kind te stoppen.

### *Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)*

De jeugdige moet geïndiceerd worden voor de interventie en aan de hand van de checklist optionele modules is duidelijk geworden welke modules van toepassing zijn. Vervolgens krijgt de jeugdige de inhoud aangeboden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules en doet hij de meest belangrijke oefeningen die hierbij horen. Er bestaat een overzicht waarin wordt weergegeven welke oefeningen / onderdelen er in elk geval gedaan moeten worden bij een module. De oefeningen die hierboven bij elke module staan beschreven zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast kan er altijd gekozen worden voor extra oefeningen als een jeugdige meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen. De behandelaar bekijkt welke oefeningen goed aansluiten bij de leerstijl van de jeugdige. Opvoeder(s) volgen de module Gezin in Beeld. Na de behandel fase volgt de nazorg. Deze fase is belangrijk, omdat er dan getoetst kan worden of er geen terugval plaatsvindt. De focus ligt dan op het naleven van het terugvalpreventieplan. Hierbij kunnen onderdelen uit een module worden herhaald.

### *Werving*

Voor elke instelling / vestiging die met AROPmaat Jeugd werkt, is het voor het verkrijgen van voldoende verwijzingen van belang om bekendheid over de interventie te realiseren bij potentiële verwijzers. De wijze waarop een instelling dit verzorgt, is verschillend. De ontwikkelaar van de AROPmaat Jeugd kan voorbeelden van een folder en een PowerPoint leveren. Ook bestaat er een folder voor opvoeder(s).

## 2. Uitvoering

### Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding.
2. Algemene programmahandleiding. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op de modules en bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de modules en aanwijzingen bij de oefeningen die worden aangeboden.
3. Elf modules voor de jeugdige.
4. De module Gezin in Beeld voor de opvoeder(s) en jeugdige.
5. Het werkboek mentale weerbaarheid voor de groepsleider. Deze handleiding is specifiek voor de residentiële setting bedoeld. Het bevat de inhoud van een training voor groepsleiding. Het biedt inzicht in hoe groepsleiding meer vaardigheden aangeleerd kunnen krijgen om de jongere een leef- en leerklimatee mee te geven dat stimulerend werkt om positieve veranderingen te realiseren.
6. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.

Naast dit materiaal zijn er ook ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Instellingen die de AROPMaat aanbieden kunnen links krijgen voor het downloaden van het materiaal. Verder bestaat er een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over de AROPMaat Jeugd leverbaar en er zijn enkele modules in Minddistrict (eHealth ingebouwd).

### Locatie en type organisatie

AROPMaat Jeugd kan worden uitgevoerd door een justitiële jeugdinstelling, een Jeugdzorg Plus instelling of een ambulante (forensische) jeugdzorginstelling die jongeren behandelen met ernstige agressieproblematiek. Eventueel werken instellingen samen om een transmuraal aanbod te realiseren. De instellingen dienen te beschikken over een kinder- en jeugdpsychiater. De interventie kan bij de jeugdigen thuis worden aangeboden, op de poli of op de school van de jeugdige.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

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

#### Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

*Een AROPMaat-Jeugdbehandelaar wordt op deze competenties getoetst tijdens de selectieprocedure door de instelling die de interventie uitvoert.*

- ➔ De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jeugdigen met ernstige agressieproblematiek;
- ➔ De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen, hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;
- ➔ De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren (o.a. tonen van empathie);
- ➔ De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jeugdige zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;
- ➔ Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.
- ➔ De behandelaar heeft een functie waarin hij/zij individuele behandelingen aanbiedt, hierdoor is het mogelijk om te voldoen aan de vereiste case-load.

### Kwaliteitsbewaking

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

1. Per instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van de ontwikkelaar;
2. Behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat dat twee jaar geldig is. Dit certificaat wordt verlengd door de ontwikkelaar als de behandelaar jaarlijks een booster heeft gevolgd en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden)'
3. De PV verzorgt het eerste jaar elke twee weken een uur intervisie om zo de nodige AROPMaat-methoden te verbeteren en te onderhouden. Na een jaar wordt dit eens per maand aangeboden (dan anderhalf uur). Behandelaren zijn verplicht deze intervisie te volgen. Als zij een intervisie missen, dan kan dit betekenen dat er ter compensatie werkbegeleiding door de PV wordt aangeboden;
4. De PV biedt naast intervisie eens in de twee weken werkbegeleiding aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar; De PV kan 'meekijken' tijdens behandelsessies of vragen om het maken van video-opnames die tijdens intervisie worden getoond. Een jeugdige dient hier wel toestemming voor te geven;
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de AROPMaat-jeugdbehandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten en kwalitatief te verbeteren;
6. AROPMaat Jeugd wordt aangeboden aan jeugdigen die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
7. Tijdens het aanbieden van een AROPMaat Jeugd wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een sessie-checklist en een eindevaluatielijst, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële AROPMaat-methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de jeugdige en de opvoeder(s) ingevuld. Aan jeugdigen en opvoeder(s) wordt bovendien specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden.

### 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 onderstaande randvoorwaarden:

1. Per instelling zijn minimaal twee AROPMaat-jeugd-behandelaren actief;
2. De AROPMaat-jeugdbehandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie cliënten per week AROPMaat Jeugd aan te bieden;
3. De AROPMaat-jeugdbehandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners, opvoeder(s), docenten en andere relevante betrokkenen;
4. De PV krijgt twee tot drie uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AROPMaat-Jeugdbehandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar/behandelaren en de jeugdige(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. (Als de behandeling thuis wordt aangeboden, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken gemaakt worden over het realiseren van een 'rustige plek').
6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen.
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules), schrijfbaar en papier beschikbaar.
8. Er zijn een fysio-bal, Wii mini, Wii fit Plus met balanceboard, gevoelswereldspel, kwaliteitspel, vaardighedenspel en opvoedingsspel aanwezig. Daarnaast zijn er enkele gezelschapsspellen beschikbaar, waaronder Jenga, Kikker be cool en vieropeenrij.

### Implementatie

*Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:*

Op het moment dat een instelling interesse toont in AROPMaat Jeugd voert de ontwikkelaar een gesprek waarin uitleg wordt gegeven over de aard van het programma. Als blijkt dat het aanbod passend is, wordt er getoetst of het voor een instelling haalbaar is om zowel aan de randvoorwaarden te voldoen als aan het verrichten van de noodzakelijke acties om de kwaliteitsbewaking te waarborgen. Er wordt geïnventariseerd wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel genomen moeten worden. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen. De behandelaren krijgen een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De programma-verantwoordelijke krijgt in een dagdeel apart uitleg van de ontwikkelaar over zijn taken en verantwoordelijkheden.

*Ondersteuning tijdens de opstartfase:*

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaren als zij de basisopleiding hebben

gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, bovendien bieden de modules en de handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de behandelaar vaker werkbegeleiding aanbiedt en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de ontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van alle vragen. Ook is er een terugkomdag na drie maanden voor alle behandelaren waarin aandacht is voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

## Kosten

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een AR-behandelaar per jeugdige:

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

*Bij de ambulante versie werd uit de onderzoeksgegevens duidelijk dat een AROPmaat-behandelaar gemiddeld genomen 35 weken behandeld met een intensiteit van 1,2 uur per week. Het gaat dan om een bedrag van 10.500 euro, uitgaande van een uurtarief van 125 euro (tarief dat meestal geldt bij de hoog-gespecialiseerde ambulante Jeugd GGZ). Hierbij is uitgegaan van 50% indirecte tijd. Er komt nog een bedrag bij in verband met de nazorgfase. Dat gaat gemiddeld genomen om circa 1725 euro.*

Extra tijdinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

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

2 uur X 45 weken (min vakantie en ziekte) X uurloon bruto met alle werkgeverslasten = ....

### Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in AROPmaat-Jeugd. Er kan ook een incompany opleiding worden aangeboden. Deze kost 3750 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (hoofdontwikkelaar of andere opleider die hiertoe bevoegd is) door één opleider wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan twaalf personen.

De behandelaar die de opleiding volgt is dan drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 1200 euro (exclusief btw) of als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor diverse instellingen 150 euro per persoon (exclusief btw).

### Kosten materiaal

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



### 3. Onderbouwing

#### Probleem

ARopMaat-Jeugd is bedoeld voor jongeren van 12 tot 16 jaar met ernstige agressieproblematiek. Agressie kan worden opgevat als het inadequaat uiten van woede d.m.v. slaan, trappen en schelden, of iemand bespotten, afkraken, bedreigen of bang maken, maar ook als gedrag dat bedoeld is om een ander daadwerkelijk (fysiek) te schaden of eigen voordeel mee te halen (Allen & Anderson, 2017; Anderson & Bushman, 2002). Bij adolescenten die agressief gedrag vertonen, wordt onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat in de vroege kindertijd begint, niet vanzelf stopt en lastig behandelbaar is, en agressief gedrag dat tijdens de adolescentie begint en daarna geleidelijk afneemt. De eerste vorm wordt Life Course Persistent (LCP) of chronische agressie genoemd. De tweede wordt Adolescence Limited (AL) agressie genoemd (Krahé, 2020; Assink et al., 2015; Moffitt et al., 2002). De laatste vorm impliceert dat de problematiek minder hardnekkig is en dat er minder intensief behandeld hoeft te worden. Bij de ARopMaat Jeugd is echter veelal sprake van chronische agressie, dit betekent dat de kans op terugval groot is en intensieve behandeling nodig is om het gedrag om te kunnen buigen. Chronische agressie gaat gepaard met psychische problemen (Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Coccaro, Lee & McCloskey, 2014; Girard et al., 2019) en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik (Najman et al., 2019; Plattner et al., 2012) en gedragsstoornissen (Fairchild et al., 2019; Andrews & Bonta, 2010).

#### *Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie*

De jeugdcriminaliteit onder minderjarigen en jongvolwassenen is in de periode 2015 tot 2021 vergeleken met de vijftien jaren daarvoor afgenomen. Wel laten een aantal vormen van criminaliteit de laatste jaren een stabilisatie of toename zien, waaronder ernstig geweld gepleegd door minderjarigen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2021). Onbehandelde jeugdigen die een delict hebben gepleegd recidiveren na twee jaar met ca. 31% (Laan & Goudriaan, 2016). Het recidivepercentage is echter veel hoger bij jeugdigen die detentie opgelegd hebben gekregen, het gaat dan om circa 59% (Weijters et al., 2017). Het aanbieden van een effectieve behandeling gericht op het verminderen van geweldsrecidive is dus essentieel, aangezien bij een substantieel deel van deze groep sprake is van agressieproblematiek.

Agressie is één van de meest voorkomende gedragsproblemen bij adolescenten (e.g., Blake & Hamrin, 2007; Stevens et al., 2018). Uit onderzoeksgegevens blijkt dat bij ongeveer 22% een normafwijkende gedragsstoornis is gediagnosticeerd, terwijl dit bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jeugdigen vanaf 13 jaar voorkomt. De ARopMaat-Jeugd doelgroep bestaat zowel uit Nederlandse jeugdigen als jeugdigen van verschillende etnische afkomst, in het bijzonder Surinaams, Antilliaans, Marokkaans en Turks.

#### *Gevolgen*

Het plegen van geweldsdelicten heeft grote materiële en immateriële gevolgen voor de maatschappij. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is, ook op volwassen leeftijd (Huesmann, 2018; Schubert et al., 2012; Wartna et al., 2014). Als het gewelddadige gedrag (criminaliteit) doorzet tot in de volwassenheid worden ook andere levensdomeinen negatief beïnvloed, zoals een stabiele woonsituatie, een stabiele relatie en een stabiele werkomgeving (Kendall et al., 2017; Piquero et al., 2010). Antisociaal gedrag heeft ook (grote) gevolgen voor de slachtoffers, bovendien leidt het tot hoge maatschappelijke kosten (Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015; Welsh et al., 2015). Tegenwoordig wordt niet alleen gekeken naar de gemaakte schade, de proceskosten en kosten met betrekking tot het uitvoeren van een straf, maar ook naar de maatschappelijke impact door het verlies van kwaliteit van leven bij slachtoffers. Zo leidt het tot meer traumagerelateerde klachten, angststoornissen en vermijdingsgedrag (Cohen & Piquero, 2015).

#### Oorzaken

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006; Huesmann, 2018; Krahé, 2020). Zo laten diverse onderzoeken (e.g. Gearhart & Tucker, 2020; Eisenberg et al., 2019) zien dat chronisch agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren (denk aan *cognitieve* en *emotionele processen* (Newsome & Cullen, 2017; Garofalo et al., 2018) en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten; Labella & Masten, 2018; Andrews & Bonta, 2010).

#### Individuele kindfactoren

Individuele criminogene risicofactoren bestaan uit emotionele, cognitieve, fysieke en sociale factoren die het resultaat kunnen zijn van genetische, fysiologische, neurologische, neuropsychologische en psychosociale kenmerken (Huesmann, 2018; Koot et al., 2008; Newsome & Cullen, 2017). Het blijkt dat individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen) (Wallinius, et al., 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put, et al., 2012). Bij jeugdigen met agressieproblematiek gaat het daarnaast onder andere om een tekort aan executieve functies (Meijers et al., 2017; Koot et al., 2008; Syngelaki et al., 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007). Diamond (2013) verdeelt de executieve functies onder in werkgeheugen, cognitieve flexibiliteit en inhibitie (geringe impulscontrole). Voornamelijk plegers van gewelddelicten laten executief disfunctioneren zien (Gobbi et al., 2020), waarbij het delict vaak in een impuls wordt begaan (Broomhall, 2005). Agressief gedrag lijkt dan ook gerelateerd aan een stoornis in een aantal verschillende executieve functies, maar voornamelijk aan inhibitieproblemen (Wallinius et al., 2019). Impulsiviteit kan daardoor specifiek gezien worden als een risicofactor voor geweld (Alford et al., 2020). Daarnaast leidt executief disfunctioneren onder andere tot verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994; Ogilvie et al., 2011) met als gevolg een verhoogde kans op agressief gedrag. De sociale verwerking verloopt normaal gesproken in verschillende stappen. Grofweg komt het erop neer dat er verstoringen plaatsvinden, omdat de jeugdigen het gedrag van de ander niet goed kunnen interpreteren door o.a. cognitieve vervormingen, ze te weinig zelfcontrole hebben en niet over voldoende sociale vaardigheden beschikken om adequaat op een gebeurtenis te reageren (Huesmann, 2018). Bij stoornissen in de sociale verwerking speelt ook het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en passende sociale vaardigheden een rol (Jordaan & Hesselink, 2021; Van der Laan & Blom, 2006) en het adequaat omgaan met stress<sup>1</sup> (Huesmann, 2018; Kovacs et al., 2006). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert immers de ontwikkeling van de zelfregulatie.

#### Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (e.g., Gearhart & Tucker, 2020; Kawabata et al., 2011; Labella & Masten, 2018). Uit het onderzoek van Van Doorn en collegae (2008) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden vaker delinquent en agressief gedrag lieten zien in vergelijking tot adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent en agressief gedrag van jeugdigen (Guarnaccia et al., 2020; Keijsers et al., 2011; Ryan et al., 2013).

Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassene aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van agressief gedrag. Verder is gebrekkig ouderlijk toezicht een risicofactor (Koot et al., 2008).

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband heeft met het tonen van delictgedrag (Rakt et al., 2005). Het hebben van een deviante vriendengroep versterkt de (al aanwezige) problematiek (Vitaro et al., 2000), juist ook bij jeugdigen die initieel niet erg agressief waren (Krahé, 2020). Delinquenten overtreeden de wet immers zelden alleen. Co-offending is inherent aan delinquentie bij jeugdigen, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk. Dit geldt ook als het gaat om geweldsdelicten. In ander (Duits) onderzoek wordt het effect van de omgeving bevestigd (Grieger & Hosser, 2014). Over het algemeen kan dus gesteld worden dat agressie en geweld zeer afhankelijk zijn van de omgevingsinvloeden, zoals ouders, vrienden en ook bijvoorbeeld (sociale) media. Het wordt door Huesmann (2018) daarom ook wel een besmettelijke ziekte genoemd. Hoe meer een kind ermee in contact komt (door observatie), hoe groter de kans dat dit kind ook meer agressie gaat hanteren.

### **Aan te pakken factoren**

Het transactionele ontwikkelingsmodel gaat ervan uit dat de kans op chronische agressie steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is (Jolliffe et al., 2017). Elke extra stressfactor of criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van (ernstige) agressieproblematiek (Murray & Farrington, 2010). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger.

Bij ARopMaat wordt structureel gewerkt aan het versterken van beschermende factoren door de motivatie te vergroten en daarmee de leerbaarheid (het betreft het standaarddoel 1). Tegelijkertijd werkt het beschermend om het zelfbeeld te verbeteren (dit vergroot de leerbaarheid en vermindert gevoelens van stress (optioneel behandeldoel 6)). Het helpt echter ook om de ervaren steun van iemand uit de omgeving te versterken (2e standaarddoel) en om opvoeders en/of groepsleiding te betrekken om het generaliseren te bevorderen (standaarddoelen 2 en 3 voor systeemleden). Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene

risicofactoren worden aangepakt. Per factor wordt benoemd welke modules er worden ingezet om een factor te verminderen of te versterken.

De aanwezigheid van de negatieve invloed van een antisociale vriendenkring: de jongere leert in de module Assertiviteit weerbaarder te worden tegen de negatieve invloed van leeftijdgenoten. Dit is gerelateerd aan doel 7 van de standaard-doelen.

Het aanwezigheid van een negatieve interactie (teveel aan conflicten en slecht contact) met opvoeder(s): dit is gerelateerd aan het algemene doel (1) voor systeemleden. Hier wordt aan gewerkt via de module Gezin in Beeld.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen: die leiden tot negatieve emoties en/of agressief gedrag: het betreft het algemene doel 7, hier wordt via de module Invloed van het Denken aan gewerkt.

De afwezigheid van voldoende sociale vaardigheden gericht op conflicthantering (ook beschermend): het gaat om de groepsmodule en de Module Conflicthantering en het betreft het optionele doel 5 en het standaarddoel 4.

De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking: er wordt gewerkt aan het verbeteren van de verschillende stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Dit wordt gedaan tijdens de modules Waarnemen en Interpretieren, Assertiviteit, en Conflicthantering. *Het gaat om de standaarddoelen 3 en 4 en de optionele doelen 3 en 5.*

De aanwezigheid van executief disfunctioneren (vooral gericht op een beperkte impulscontrole en emotieregulatie en een tekort aan oplossingsvaardigheden): de modules Stressreductie, Impulscontrole, Beheersingsvaardigheden en Emotieregulatie. Deze criminogene risicofactor is gerelateerd aan doel 1, 2, en 4 van de optionele doelen en de standaarddoelen 4 en 5.

## Verantwoording

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft de AROPMaat Jeugd relevante interventie-onderdelen geïntegreerd die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij adolescenten met (ernstige) agressieproblematiek. Om die reden is de interventie gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; Bonta & Andrews, 2017), aangezien deze principes leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2017; Brogan et al., 2015).

Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van jeugdigen met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot jeugdigen met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de jeugdige. Dit kan dus bijvoorbeeld betekenen dat een jeugdige met (ernstige) agressieproblematiek ook behandeling moet krijgen aangeboden gericht op het verminderen van traumagerelateerde klachten en ADHD. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Lammertink et al., 2020;; Verdonck & Jaspert, 2009). Het gaat hierbij om het responsiviteitsbeginsel dat onder te verdelen is in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van werkzame elementen die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2017). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede werkalliantie en afstemming tussen de jeugdige en de behandelaar (McCormick et al., 2017; Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat je als behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Verdonck & Jaspert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2017), de behandelmotivatie en de leerstijl van de jeugdige (Menger & Krechtig, 2008). Behandeling van mentale problemen gaat daarbij hand in hand met het aanpakken van criminogene risicofactoren (McCormick et al., 2017).

### Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de AROPMaat

De RNR-principes zijn zo vormgegeven dat er enerzijds een behandeling op maat kan worden aangeboden die aansluit bij de problematiek en leerstijl van een jeugdige, en anderzijds gebruik maakt van werkzame elementen (zie hiervoor deel C).

#### *A: Risicobeginsel*

Het is van belang dat de behandelaar met de RAF-GZZ Jeugd ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst, wordt de intensiteit van de behandeling bepaald.

#### *B: Behoeftebeginsel*

De behandeling zal gericht zijn op de dynamische criminogene risicofactoren die op de jeugdige van toepassing zijn. Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de score van de RAF-GGZ Jeugd wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij een jeugdige kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Meestal is een kritische risicofactor gekoppeld aan een module van de AROPMaat Jeugd. Het zal nodig zijn om ook andere

behandelvormen in te zetten als er sprake is van kritische risicofactoren waar AROPMaat Jeugd niet voldoende in toegerust is. Denk bijvoorbeeld aan psychiatrisch consult in verband met ADHD, verslavingszorg of een trauma-interventie.

### *C. Responsiviteitsbeginsel*

#### *Algemeen responsiviteitsprincipe*

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt de AROPMaat Jeugd gebruik van werkzame elementen die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijken te zijn (Andrews & Bonta, 2010) en dus leiden tot het realiseren van de doelen. Hieronder wordt beschreven om welke technieken het gaat:

#### a. Grotendeels individueel behandelaanbod

Aangezien groepsgericht behandelen minder effectief is (Hoogsteder et al., 2014b; James et al., 2016) wordt AROPMaat grotendeels individueel aangeboden. Als jongeren qua leerstijl ook lijken te profiteren van een groepsaanbod, dan kunnen de modules Assertiviteit, Conflicthantering en Waarnemen en Interpreten in groepsverband worden aangeboden.

#### b. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

Uit verschillende meta-analyses en studies over het behandelen van (ernstige) agressieproblematiek blijkt dat jeugdigen responsief zijn voor een behandelaanbod met cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g. Foolen et al., 2012; Hyeon Lee & DiGiuseppe, 2018; Litschge et al., 2010; McCart & Sheidow, 2016; Mitchell et al. 2018). Belangrijke werkzame CGT-elementen zijn het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten, het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Hyeon Lee & DiGiuseppe, 2018; Landenberger & Lipsey, 2005; Blake & Hamrin, 2007) en het toepassen van dramatherapeutische technieken, waaronder rollenspellen (Lipsey, 2009). Verder blijkt dat het werken aan de executieve functies relevant is (Cruz, de Castro-Rodrigues & Barbosa, 2020), onder andere door stressreductie (Huesmann, 2018; Deffenbacher, 2011), een verbeterde impulscontrole en emotieregulatie (Garofalo et al., 2018; Landenberger & Lipsey, 2005).

#### c. Systeemgerichte benadering

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

#### d. Inzetten ervaringsgerichte oefeningen, waaronder dramatherapeutische technieken

Bij AROPMaat Jeugd is het toepassen van ervaringsgerichte, experiëntiële oefeningen (verschillende vormen van rollenspellen, stoeltechnieken, ontspanningsoefeningen, imaginatie oefeningen en gebruikmaking van de Wii fit plus) essentieel. Het is bekend dat het toepassen van rollenspellen en andere ervaringsgerichte interventies effectief is voor het verminderen van externaliserende gedragsproblemen (Foolen et al., 2012; Lin en Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016). De technieken worden ingezet voor het verkrijgen van meer inzicht, het verminderen van boosheidsgevoelens en het op een andere manier betekenis geven aan nare ervaringen. Tevens worden ze ingezet om concreet te oefenen met het innemen van verschillende perspectieven (Walker & Murachver, 2012) en rolleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de jeugdige als het gaat om een cognitieve vervorming. Ook wordt het gebruikt om beheersingsvaardigheden te ontwikkelen die helpen en om te oefenen met het toepassen van helpende gedachten, waarbij ook aandacht is voor het aannemen van een passende houding die helpt om de gedachte te versterken (en het gedrag dat erbij hoort). Inzicht versus ervaringsgericht werken

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

Aangezien het werken aan stressreductie helpt bij het verminderen van agressieproblematiek (Franco, Amutio, López-González, Oriol, & Martínez-Taboada, 2016; Lee & DiGiuseppe, 2018), maakt AROPMaat-JoVo onder andere gebruik van (aangepaste) mindfulness-oefeningen afkomstig van de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en op een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit een meta-analyse blijkt dat interventies gebaseerd op mindfulness leidt tot het verminderen van externaliserend probleemgedrag (Hoogsteder et

al., 2021 under review) en vermindering van stress (Himmelstein et al., 2012; Morley, 2018; Shonin et al., 2013).

### *Specifieke responsiviteitsprincipe*

#### a. Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de jeugdige contact durft aan te gaan (Taylor, Rietzschel, Danquah, & Berry, 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S., 2016). Het is essentieel dat de behandelaar de jeugdige (en opvoeders) valideert (empathie tonen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999; Holländare, et al., 2016; McCormick et al., 2017; Voutilainen, et al., 2018). Deze basishouding wordt gedurende de hele behandeling toegepast en helpt om gevoelens van boosheid en wantrouwen te verminderen, het zorgt voor verbinding en motivatie, en een betere emotieregulatie.

#### b. Sensitief voor maatwerk / een responsief aanbod

ARopMaat Jeugd bestaat grotendeels uit een intensief individueel behandel aanbod (Grieger & Hossler, 2014; Lipsey et al., 2007; McQuire, 2008). Dit blijkt effectiever en maakt het makkelijker om maatwerk te leveren (responsief te behandelen). ARopMaat 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 vrij lage intelligentie als voor jeugdigen met een hoge intelligentie. In het laatste geval wordt er uitgebreider op theoretische onderdelen ingegaan en meer diepgang aangeboden. 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 op 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 leerstijl en de hulpvraag.

#### c. Verbeteren van zelfeffectiviteit (vergroten ‘geloof in eigen kunnen (zelfvertrouwen)’)

De theorie van Bandura (1997) wordt ingezet om verandering te stimuleren. Bandura stelt dat verbetering in de mate van ‘zelfeffectiviteit’ een belangrijk mechanisme is voor leren en het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Er zijn diverse aanwijzingen dat het verbeteren van het geloof in eigen kunnen invloed heeft op de motivatie en de behaalde resultaten (Briones-Rodriguez, et al., 2016; Burnette et al., 2013; Gearhart & Tucker, 2020; Maddux, 2005). Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). Volgens Bandura is er sprake van weinig geloof in eigen kunnen als een mens vele negatieve ervaringen heeft opgedaan. Weinig zelfeffectiviteit leidt sneller tot subassertief of agressief gedrag en een verstoring in het sociale informatieverwerkingsproces.

#### d. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de ARopMaat-jeugdbehandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren. Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jeugdige en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. De ARopMaat Jeugd benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de jeugdige, zijn omgeving en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkalliantie en in voldoende mate valideren (Taylor et al., 2015; Voutilainen, et al., 2018);
2. Er wordt aangesloten bij het eigenbelang van de jeugdige. Tot welke nadelen leidt het agressieve gedrag voor de jeugdige?
3. Er wordt actief met de jeugdige gezocht naar motivatoren (motief die aansluit bij de jeugdige en ervoor zorgt dat het volgen van de ARopMaat-Jeugd als voordelig wordt gezien);
4. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit, geloof in eigen kunnen (Briones-Rodriguez, et al., 2016; Gearhart & Tucker, 2020);
5. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de leerstijl van een jeugdige (Bonta & Andrews, 2017). Er kan bijvoorbeeld naar behoefte worden gevarieerd met de mate waarin er gewerkt wordt met rollenspellen, rolwisseling, voordoen, gebruik filmfragmenten, ontspanningsoefeningen, stoelentechneken, video-opnames, verdiepende vragen, discussiëren).

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A. Een procesevaluatie van de AR op Maat Jeugd Ambulant. Hoogsteder, L.M. (met ondersteuning van Waag-behandelaren en studenten van de UvA). De Waag, Utrecht. Mei 2016
- B. Tijdens een procesonderzoek is getoetst of er voldaan is aan alle gestelde randvoorwaarden van ARopMaat Jeugd Ambulant. Hierbij werd uitgebreid stilgestaan bij de wijze van instroom (en uitval), de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt en of de behandelaren voldeden aan de opleidingseisen (randvoorwaarden). Ook is onderzocht of in voldoende mate aan de programma-integriteit was voldaan. Om de programma-integriteit te beoordelen is onder andere stilgestaan bij de gebruikte behandelmethoden, de duur van de bijeenkomsten, de fasering en intensiteit van het programma en de toegepaste modules. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van meerdere methoden gebruikt, namelijk vragenlijsten / interviews met jeugdigen en behandelaren over uitgevoerde therapie sessies, observaties van individuele bijeenkomsten (steekproefsgewijs), en de uitkomst van de reguliere evaluatieformulieren die bij de interventie horen om de programma-integriteit te kunnen waarborgen. De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die in de Waag zijn verzameld in de periode van november 2014 tot en met april 2016. Er werden hierbij 36 jeugdigen (al dan niet met opvoeder(s)) betrokken en twaalf ARopMaat-behandelaren.
- C. Samenvattend kan worden gesteld dat er aan de randvoorwaarden is voldaan, ARopMaat werd aangeboden aan de beoogde doelgroep en dat de programma-integriteit redelijk in orde was. Uit de beoordeling van de uitvoering van de therapie sessies kwamen weinig aandachtspunten naar voren. Een enkele keer werd duidelijk dat de behandelaar vaker rollenspelen en ervaringsgerichte opdrachten had moeten aanbieden of meer had kunnen valideren. De uitkomst van de evaluatieformulieren die aan het einde van de behandeling werden ingevuld, geven een indruk over de programma-integriteit op metaniveau. Deze beoordeling heeft ertoe geleid dat de zes van de 20 behandelingen niet voldoende bleken qua programma-integriteit. In het algemeen werd uit deze formulieren duidelijk dat de behandelduur en frequentie niet voldoende aansloot bij het recidiverisico. Ook bleek dat opvoeders of andere relevante systeemleden beter betrokken kunnen worden bij het ondersteunen in het werken aan leerpunten van de jeugdige. Verder kwam als derde aandachtspunt naar boven dat er tijdens intervisiebijeenkomsten vaker geoefend mag worden met specifieke AR-vaardigheden, zoals het valideren en motiveren door aan te sluiten bij eigenbelang, zo oordeelsvrij mogelijk reageren (bijv. ingaan op antisociale oplossingen). De jeugdigen beoordeelde de ARopMaat met een 7.9. 88,2% vindt dat de ARopMaat ervoor gezorgd heeft dat ze minder vaak boos en/of geïrriteerd zijn. De mate waarin zij hun agressie konden beheersen werd bij aanvang gescoord met een 4.0 en bij afronding van de behandeling met een 7.5. 82,4 % van de jeugdigen denkt door de behandeling minder vaak in aanraking te komen met de politie. Door de jeugdige werd als verbeterpunt genoemd dat ze zich niet altijd in voldoende mate begrepen voelde door de behandelaar.

### 4.2 Onderzoek naar de effectiviteit

- A. Een quasi-experimentele studie naar het effect van Agressie Regulatie op Maat voor jeugdigen in een ambulante setting (Hoogsteder et al., 2021, nog niet gepubliceerd).
- B. Dit onderzoek betreft een effectonderzoek naar de effecten van ARopMaat-Jeugd in een ambulante setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:

1. Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd (RAF GGZ Jeugd; Van Horn et al., 2009). Dit is een risicotaxatie-instrument voor de ambulante setting om de kans op onder andere gewelddadig gedrag bij jeugdigen in te schatten en diverse risicofactoren in kaart te brengen, denk aan impulsiviteit, het hanteren van boosheid en het functioneren van het gezin. Het instrument werd tijdens het onderzoek door de regiebehandelaar ingevuld;
2. De YSR en CBCL (Verhulst & van der Ende, 1997) is een vragenlijst waarin jongeren en opvoeders vragen over zichzelf of hun kind beantwoorden over onder andere gedragsproblemen kijkend naar de afgelopen zes maanden. Voor dit onderzoek is de schaal externaliseren gebruikt;
3. De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs et al., 1993) werd gebruikt om de mate waarin sprake is van actieve en palliatieve coping te meten;

4. De Verkorte Lijst Irrationale Gedachtes (V-LIG; Hoogsteder et al., 2014b) werd ingezet om verschillende disfunctionele cognities te meten die (kunnen) leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen en agressief gedrag.
- D. In deze studie werd het effect van AROPMaat Jeugd onderzocht door te kijken naar verschil in nameting op de kans op geweldrecidive, impulsiviteit, het hanteren van boosheid, motivatie, het functioneren van het gezin, externaliserend probleemgedrag, actieve en palliatieve coping, en disfunctionele cognities in vergelijking met de controlegroep. De jeugdigen uit de controlegroep voldeden aan de indicatiecriteria van de AROPMaat-Jeugd, maar kregen treatment as usual (TAU) aangeboden. De controlegroep ontving Ouderschap met Liefde en Grenzen (OLG; Sells, 2004) of Cognitieve Gedragstherapie (CGT; Weisz, et al., 2017) in combinatie met een systeemgerichte aanpak. Beide interventies uit de controlegroep kunnen worden gezien als evidence based of als effectief volgens eerste aanwijzingen. De totale onderzoeksgroep bestond uit 92 respondenten en was onderverdeeld in de AROPMaat-groep (n=44) en een vergelijkingsgroep (n=48). Tijdens het effectonderzoek werd de programma-integriteit ook getoetst.

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

De resultaten van het onderzoek wezen uit dat AROPMaat-Jeugd in vergelijking tot de TAU meer effect heeft behaald in het verminderen van de kans op geweldsrecidive (groot effect), impulsiviteit, disfunctionele cognities, externaliserend probleemgedrag (gerapporteerd door de jongeren). Het gaat om een middelmatig effect met uitzondering van disfunctionele cognities die leiden tot subassertief gedrag (klein effect). AROPMaat-Jeugd bleek eveneens meer verbeteringen te realiseren in het hanteren van boosheid en het gemotiveerd blijven, het ging om een middelmatig effect. Er werd door de AROPMaat-Jeugd geen beter effect gerealiseerd in het functioneren van het gezin. Beide groepen behaalde een groot effect, kijkend naar verschil tussen nul- en eindmeting. AROPMaat-Jeugd deed het eveneens niet beter in het verminderen van externaliserend gedrag volgens de opvoeders. De AROPMaat-Jeugd-groep behaalde op dit item een middelgroot effect, de TAU-groep een klein effect. Er werd geen verschil gevonden op actieve en palliatieve coping, beide groepen realiseerde een kleine verbetering in het verbeteren van de palliatieve coping, de actieve coping ging echter bij beide groepen niet vooruit.

Kijkend naar de resultaten van de studie naar het effect van AROPMaat voor jongvolwassenen werd er niet verwacht dat AROPMaat voor Jeugdigen het beter zou doen. Bovendien bieden ook bij deze controlegroep de interventies uit de controlegroep een intensief systemisch aanbod. Er werd echter niet verwacht dat er weinig verandering gerealiseerd zou worden op het gebied van de palliatieve en actieve coping, terwijl dit wel aan de orde was bij de versie voor jongvolwassenen. Mogelijk hebben jongeren tussen de 12 en 16 jaar meer aandacht nodig voor het aanleren van deze copingvaardigheden en biedt de UCL onvoldoende mogelijkheden om kleinere veranderingen te meten.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-model;
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie;
3. Valideren ((empathie tonen en oordeelsvrij benoemen wat de ander voelt en denkt;
4. De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jeugdige zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze;
5. Doorlopend motiveren door het toepassen van de AROPmaat-motivatietechnieken, waaronder het versterken van het 'geloof in eigen kunnen';
6. Het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten (CGT-techniek);
7. Het werken aan probleemoplossingsvaardigheden. De jeugdige wordt elke bijeenkomst gestimuleerd om over mogelijke oplossingen na te denken (CGT-techniek);
8. Het aanbieden van Wii Fit Plus en ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische technieken, denk aan rollenspellen;
9. Grotendeels individueel behandelaanbod;
10. Toepassen van Wii Fit Plus en bewerkte mindfulness-oefeningen (gericht op bewustwording, ontspanning en het focussen van de aandacht);
11. Veel aandacht voor verminderen van executieve functies, waaronder stressreductie, impulscontrole en beheersingsvaardigheden, en emotieregulatie.



## 6. Aangehaalde literatuur

- Allen, J. J., & Anderson, C. A. (2017). Aggression and violence: Definitions and distinctions. *The Wiley handbook of violence and aggression*, 1-14.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.): DSM-5. Washington DC: APA.
- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39.
- Assink, M., van der Put, C. E., Hoeve, M., de Vries, S. L., Stams, G. J. J., & Oort, F. J. (2015). Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 42, 47-61.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barriga, A.Q., Gibbs, J.C., Potter, G.B., & Liau, A.K. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Beerthuisen, M.G.C.J., De Wied, M.A., & Orobio de Castro, B. (2011). *The implementation of the Responsive Aggressive Regulation Therapy for Juveniles*. Utrecht: WODC.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, 28, 409-420.
- Blake, C.S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Bonta, J., Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Borum, R. Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Tampa: University of South Florida.
- Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., Hurk, van den, A.A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jeugdigen die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Brogan, L., Haney-Caron, E., NeMoyer, A., DeMatteo, D. (2015). Applying the risk-needs-responsivity (RNR) model to juvenile justice. *Criminal Justice Review*, 40(3), 277-302.
- Broomhall, L. (2005). Acquired sociopathy: A neuropsychological study of executive dysfunction in violent offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 12(2), 367-387.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(5), 593-600.
- Coccaro, E.F., Lee, R., & McCloskey, M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, 40, 526-536.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 - 101.
- Cruz, A. R., de Castro-Rodrigues, A., & Barbosa, F. (2020). Executive dysfunction, violence and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 51, 101380.
- Davidson, R.J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- de Wied, M., van der Graaff, J., de Rooij, G., Scheepers, F., Hoekstra, P. J., Branje, S., & van de Schoot, R. (2020). The role of client empathy in treatment outcome in a sample of adolescents referred to forensic youth psychiatric services. *Children and Youth Services Review*, 118, 105301.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- Eisenberg, M. J., van Horn, J. E., Dekker, J. M., Assink, M., van der Put, C. E., Hendriks, J., & Stams, G. J. J. (2019). Static and dynamic predictors of general and violent criminal offense recidivism in the forensic outpatient population: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 46(5), 732-750.
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-25.
- Fischer, T.F.C., Captein, W.J.M., Zwirs, B.W.C. (2012) *Gedragsinterventies voor volwassen justitiabelen*. Erasmus Universiteit Rotterdam en WODC. Boom Lemma: Den Haag.
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 219-227.
- Foolen, N., Ince, D., & Baat, M. de (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Garofalo, C., Velotti, P., & Zavattini, G. C. (2018). Emotion regulation and aggression: The incremental contribution of alexithymia, impulsivity, and emotion dysregulation facets. *Psychology of Violence, 8*(4), 470.
- Gatti, U., Tremblay, R.E., & Vitaro, F. (2009) Iatrogenic effect of juvenile justice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(8), 991-998.
- Gearhart MC, Tucker R. Criminogenic Risk, Criminogenic Need, Collective Efficacy, and Juvenile Delinquency. *Criminal Justice and Behavior. 2020;47*(9):1116-1135.
- Gearhart, M. C. (2019). Parent and child perceptions of collective efficacy as predictors of delinquency. *The British Journal of Social Work, 50*(1), 25–41.
- Girard, L. C., Tremblay, R. E., Nagin, D., & Côté, S. M. (2019). Development of aggression subtypes from childhood to adolescence: a group-based multi-trajectory modelling perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology, 47*(5), 825-838.
- Gobbi, E., Cotelli, M., Manenti, R., Ferrari, C., Macis, A., Bianconi, G., ... & de Girolamo, G. (2020). Neuropsychological features in patients with severe mental disorders and risk of violence: a prospective multicenter study in Italy. *Psychiatry Research, 113027*.
- Granic, I., & Patterson, G.R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review, 113*, 101-131.
- 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*, 613-634.
- Guarnaccia, C., De Vita, E., Sortino, L., & Giannone, F. (2020). Links between adverse childhood experiences, psychopathological symptoms and recidivism risk in juvenile delinquents. *European Journal*
- Hoogsteder, L.M., Horn, van, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Horn, van, J.E., & Hendriks, J. (2014a). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health, 13*, 25-35.
- Hoogsteder, L. M., Stams, G. J. J., Figge, M. A., Changoe, K., van Horn, J. E., Hendriks, J., & Wissink, I. B. (2014b). A meta-analysis of the effectiveness of individually oriented Cognitive Behavioral Treatment (CBT) for severe aggressive behavior in adolescents. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 26*(1), 22-37.
- Hoogsteder, L. M., Schippers, E. E., Sweers, N. & Stams, G.-J. J. M. (2020). A quasi-experimental pilot study to the effects of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient for young adults. *Journal of forensic sciences, 00*, 1–11.
- Hoogsteder, L. M., Stams, G.-J. J. M., Schippers, E. E., & Bonnes, D. (2018). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An evaluation study in a Dutch juvenile justice institution in terms of recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62*(14), 4403-4424.
- Hoogsteder, L.M., Wissink, I.B., Stams, G.J.J.M., Horn, van, J.E., & Hendriks, J. (2014c). A validation Study of the Brief Irrational Thoughts. *Inventory Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 32*, 216-232.
- Horn, van, J. E., Wilpert, J., Bos, M.G. N., Eisenberg, M. & Mulder, J. (2009). RAF MH Youth: validation of a structured risk assessment instrument for outpatient delinquents. *Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch Welzijnswerk, 30*, 23-34.
- Huesmann, L. R. (2018). An integrative theoretical understanding of aggression: a brief exposition. *Current Opinion in Psychology, 19*, 119-124.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuopraxis 3*, 74-82.
- Hurk, A. A., van den, & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties, 5*, 280-297.
- James, C., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., & Van Der Laan, P. H. (2016). The effectiveness of aftercare for juvenile and young adult offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 60*(10), 1159-1184.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 441–476.
- Jolliffe, D., Farrington, D. P., Piquero, A. R., Loeber, R., & Hill, K. G. (2017). Systematic review of early risk factors for life-course-persistent, adolescence-limited, and late-onset offenders in prospective longitudinal studies. *Aggression and violent behavior, 33*, 15-23.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients

- with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- Keijsers, L., Loeber, R., Branje, S., & Meeus, W. (2011). Bidirectional links and concurrent development of parent-child relationships and boys' offending behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 878-889.
- Kendall, A. D., Emerson, E. M., Hartmann, W. E., Zinbarg, R. E., & Donenberg, G. R. (2017). A two-week psychosocial intervention reduces future aggression and incarceration in clinically aggressive juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1053-1061.
- Koot, H. M., Oosterlaan, J., Jansen, L. M., Neumann, A., Luman, A., & van Lier, P. A. C. (2008). Individual factors. In R. Loeber, N. W. Slot, P. H. van der Laan & M. Hoeve (Eds.), *Tomorrow's criminals – The development of child delinquency and effective interventions* (pp. 75-89). Farnham: Ashgate Publishing.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.
- Krahé, B. (2020). *The Social Psychology of Aggression* (3rd ed.). Routledge. <https://doi-org.tilburguniversity.idm.oclc.org/10.4324/9780429466496>
- Laan, van der, A. M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A. A. M. (2006). *Jeugd delinquentie: Risico's en bescherming* Bevindingen uit de WODC monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005.
- Lammertink, S., Sijtsema, J., Van der Lem, R., & Bogaerts, S. (2020). *Responsiviteit en dynamische risicofactoren in de behandeling van forensische patiënten met ADHD: Inzichten vanuit de literatuur, patiënten en behandelaars*.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, & A. Beurs, E. de. (2005). *Buss-Durkee Hostility Inventory - Dutch, BDHI-D*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279– 292.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- Litschge, C.M., Vaughn, M.G., & McCrea, C. (2010). *The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems*. Research on Social Work Practice.
- Lodewijks, H., Doreleijers, T., & Ruiter de, C. (2008). Savvy risk assessment in violent Dutch adolescents – Relation to sentencing and recidivism. *Criminal Justice And Behaviour*, 35, 696-709. Amsterdam: SAGE.
- Lodewijks, H.P.B., Ruiter de, C., & Doreleijers, Th.A.H. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie* 23, 25-42.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- McCormick, S., Peterson-Badali, M., & Skilling, T. A. (2017). The role of mental health and specific responsivity in juvenile justice rehabilitation. *Law and Human Behavior*, 41(1), 55.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence, *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577–2597.
- Meijers, J., Harte, J. M., Meynen, G., & Cuijpers, P. (2017). Differences in executive functioning between violent and non-violent offenders. *Psychological Medicine*, 47(10), 1784-1793.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miller, P. G., Butler, E., Richardson, B., Staiger, P. K., Youssef, G. J., Macdonald, J. A., ... & Olsson, C. A. (2016). Relationships between problematic alcohol consumption and delinquent behaviour from adolescence to young adulthood. *Drug and alcohol review*, 35(3), 317-325.
- Miller, D.B. and O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.
- Mitchell D., Tafra R.C., Hogan T. (2018) Cognitive Behavioral Therapy in Forensic Treatment. In: Jeglic E., Calkins C. (eds.) *New Frontiers in Offender Treatment*. Springer, Cham.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development Psychopathology*, 14(1), 179-207.

- Murray, J., & Farrington, D.P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 633-42.
- Najman, J. M., Plotnikova, M., Horwood, J., Silins, E., Fergusson, D., Patton, G. C., ... & Mattick, R. P. (2019). Does adolescent heavier alcohol use predict young adult aggression and delinquency? Parallel analyses from four Australasian cohort studies. *Aggressive behavior*, 45(4), 427-436.
- Nas, C.N., Brugman, D., & Koops, W. (2008). Measuring self-serving cognitive distortions with the "How I Think" Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 24, 181-189.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
- Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving & Vrije Universiteit Amsterdam. (2013). *Vallen en opstaan*. Verkregen op 12 februari 2015 via <http://www.nscr.nl/index.php/nl/nieuws-nscr/1549-vaakproblemen-na-verblijf-in-justitieel-jeugdinstelling>.
- Newsome, J., Cullen, F. T. (2017). The risk-need-responsivity model revisited: Using biosocial criminology to enhance offender rehabilitation. *Criminal Justice and Behavior*, 44(8), 1030-1049.
- Ogilvie, J. M., Stewart, A. L., Chan, R. C., Shum, D. H. (2011). Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: A meta-analysis. *Criminology*, 49, 1063-1107.
- Piquero, A. E., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffit, T. E. (2010). *Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47, 151-173.
- Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., [Steinhausen, H.C.](#), Bessler, C. & Aebi, M. (2012). [Psychopathology and offense types in detained male juveniles](#). *Psychiatry Research*, 198, 285-90.
- Put, van der, C.E., Stams, G.J.J.M., Dekovic, M., Hoeve, M., Van der Laan, P.H., Spanjaard, H., & Barnoski, R., (2012). Criminogenic needs during adolescence: Changes in the relative importance of dynamic risk factors for recidivism during adolescence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 296-316.
- Rakt, M. van de, Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: het (anti)sociaal kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij*, 80, 328-352.
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het jeugdigenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Ryan, J. P., Williams, A. B., & Courtney, M. E. (2013). Adolescent neglect, juvenile delinquency and the risk of recidivism. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(3), 454-465.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: J.P. Shonkoff, & S.J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: University Press.
- Scholte, R. H. J., Van Lieshout, C. F. M., & Van Aken, M. A. G. (2001). Relational support in adolescence: Factors, types, and adjustment. *Journal of Research in Adolescence*, 11, 71-94.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrecht Coping Inventory: UCL*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39.
- Stevens, G. W. J. M., van Dorsselaer, S., Boer, M., de Roos, S., Duinhof, E. L., ter Bogt, T. F. M., ... & de Looze, M. (2018). *HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jeugdigen in Nederland*. Utrecht University.
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Tollenaar, N, Dijk, van, J., & Alblas, J.W. (2009). *Monitor multi-offenders*. National Government: WODC.
- Ttofi, M. M., Farrington, D. P., Piquero, A. R., & DeLisi, M. (2016). *Protective factors against offending and violence: Results from prospective longitudinal studies*.
- Vaske, J., Galyean, K., Cullen, F. T. (2011). Toward a biosocial theory of offender rehabilitation: Why does cognitive-behavioral therapy work? *Journal of Criminal Justice*, 39(1), 90-102.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R.E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 313-325.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Verweij, S., Alberda, D.L., & Essers, A.A.M. (2012). *Recidivebericht 2012. Landelijke cijfers met betrekking tot de strafrechtelijke recidive van justitiabelen uit de periode 2002-2009*. Den Haag: WODC. Factsheet 2012-6.

Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), 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.

