



LECTORALE REDE

Datagericht werken in de forensische jeugdzorg

Hoe is de praktijk beter
te ondersteunen?

dr. Marc Noom
Lector Forensische
Jeugdzorg

Datagericht werken in de forensische jeugdzorg

Datagericht werken in de forensische jeugdzorg

Hoe is de praktijk beter te ondersteunen?

Lectorale rede

in verkorte vorm uitgesproken

op donderdag 18 januari 2024 door

Marc Noom

Bijzonder lector Forensische Jeugdzorg

Hogeschool van Amsterdam

ISBN 978-94-6301-495-3

Academische Uitgeverij Eburon, Utrecht
www.eburon.nl

Afbeelding omslag: Shutterstock / Textcetera
Omslagontwerp: Textcetera, Den Haag
Grafisch ontwerp: Studio Iris, Leende

© 2024 M.J. Noom / Hogeschool van Amsterdam.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de rechthebbende.

Inhoud

1. Inleiding	7
2. Wat is de doelgroep van de forensische jeugdzorg?	8
2.1 Kindermishandeling en/of huiselijk geweld	8
2.2 Jeugddelinquentie	9
2.3 Conclusie	10
3. Hoe ziet de forensische jeugdzorg eruit?	11
3.1 Zorg voor jongeren die te maken hebben gehad met mishandeling en/of huiselijk geweld	11
3.2 Zorg voor jongeren die betrokken zijn geweest bij delinquent gedrag	12
3.3 Conclusie	16
4. Welke uitdagingen zijn er om meer datagericht te gaan werken in de forensische jeugdzorg?	17
4.1 Door meten tot weten?	17
4.2 Wat werkt voor wie, wanneer en waarom?	20
4.3 Hoe kan er meer datagericht gewerkt worden in de forensische jeugdzorg?	21
4.4 Conclusie	22
5. Hoe gaat dit lectoraat zich samen met praktijk en opleiding met deze uitdagingen bezighouden?	24
5.1 Meten in de forensische jeugdzorg	24
5.2 Effectiviteit in de forensische jeugdzorg	26
5.3 Toekomstige ontwikkelingen in de forensische jeugdzorg	27
5.4 Conclusie	29
6. Referenties	30
7. Biografie	35

1. Inleiding

De forensische jeugdzorg richt zich op twee groepen jongeren (0-25 jaar) die in kwetsbare omstandigheden opgroeien en mede daardoor ernstig probleemgedrag laten zien. De eerste groep bestaat uit jongeren die te maken hebben gehad met mishandeling, verwaarlozing, (seksueel) misbruik of huiselijk geweld (Finkelhor & Korbin, 1988; World Health Organization, 1999). Zij zijn opgegroeid in een zeer onveilige (thuis)situatie en ondervinden daar de gevolgen van. De tweede groep bestaat uit jongeren die betrokken zijn geweest bij regeloverschrijdend, antisociaal of delinquent gedrag (Young et al., 2017). Zij hebben gedrag laten zien dat niet geaccepteerd wordt in de samenleving en waarmee zij anderen mogelijk schade hebben berokkend. Beide groepen hebben hulp nodig om weer op een gezonde en volwaardige manier deel uit te maken van de samenleving. In dit lectoraat staat de vraag centraal hoe effectief zorg is te bieden aan jongeren met deze complexe problematiek, door zo goed mogelijk gebruik te maken van behandelingsrelevante gegevens.

Allereerst geeft hoofdstuk 2 een beknopt beeld van de kenmerken en achtergronden van deze doelgroep. In hoofdstuk 3 volgt een beschrijving van de forensische jeugdzorg voor deze jongeren. Hoofdstuk 4 gaat over de uitdagingen om meer datagericht te gaan werken in de forensische jeugdzorg. Hoofdstuk 5 geeft weer hoe in dit lectoraat via samenwerking tussen praktijk, opleiding en onderzoek gezocht wordt naar oplossingen voor deze uitdagingen.

2. Wat is de doelgroep van de forensische jeugdzorg?

De forensische jeugdzorg richt zich op deze twee groepen jongeren met ernstige problematiek: 1) jongeren die te maken hebben gehad met mishandeling, misbruik of huiselijk geweld (civielrechtelijke problematiek), en 2) jongeren die betrokken zijn geweest bij regeloverschrijdend gedrag, antisociaal of delinquent gedrag (strafrechtelijke problematiek). Hoe zien deze doelgroepen eruit?

2.1 Kindermishandeling en/of huiselijk geweld

Kindermishandeling is te omschrijven als elke vorm van mishandeling die voor een kind bedreigend of gewelddadig is (Douma & Hoes, 2020). Er wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende vormen van kindermishandeling. Er is sprake van *lichamelijke mishandeling* als een volwassene een kind regelmatig slaat of fysiek straft. Bij *emotionele of geestelijke mishandeling* is er een volwassene die een kind regelmatig uitscheldt, vernedert of bang maakt. Er is sprake van *lichamelijke verwaarlozing* als het kind niet de zorg en verzorging krijgt, die het nodig heeft. Dat kan betekenen dat het kind geen eten krijgt of geen veilige slaappleaats heeft. We spreken over *emotionele of geestelijke verwaarlozing* als kinderen structureel te weinig (positieve) aandacht krijgen. Het zien van geweld tussen ouders of verzorgers valt ook onder emotionele of geestelijke verwaarlozing. Ten slotte is er sprake van *seksueel misbruik* als een volwassene seksuele handelingen aan een kind opdringt. Deze seksuele handelingen kunnen uiteenlopend van aard zijn.

Jongeren kunnen ook te maken hebben met huiselijk geweld. Onder huiselijk geweld wordt elke vorm van geweld verstaan (lichamelijk, psychisch en/of seksueel) dat wordt gepleegd door iemand uit de huiselijke leefwereld van het slachtoffer (Douma & Hoes, 2020). Het kan hierbij gaan om geweld tussen broers en zussen, om geweld tussen (ex-)partners of om oudermishandeling. Huiselijk geweld kan incidenteel of structureel van aard zijn. Soms is het geweld eenzijdig, maar het kan ook wederzijds zijn.

Kenmerkend voor kindermishandeling en huiselijk geweld is dat er vaak sprake is van transgenerationale problematiek: het gedrag wordt van generatie op generatie overgedragen en voortgezet (Assink et al., 2018). Dit maakt

dat de problematiek structureel van aard is en moeilijk op te lossen. Het is een grote opgave om dit negatieve patroon van mishandeling en geweld te doorbreken.

2.2 Jeugd delinquentie

Jongeren kunnen verschillende soorten delicten laten zien, waarbij onderscheid is te maken tussen traditionele delicten en nieuwe vormen van delictgedrag (Van der Laan et al., 2021). Bij de traditionele delicten gaat het vooral om *gewelddelicten*, waarbij sprake is van bedreiging, slaan, geweld gebruiken om te stelen, of iemand met een wapen verwonden (20,7% van de jongeren tussen 12 en 18 rapporteert dit delict gepleegd te hebben). Vervolgens zijn er *vermogensdelicten*, bestaande uit diefstal, zakkenrollen, inbraak of heling (19,4%). Daarna wordt er onderscheid gemaakt naar *vandalisme*, waarbij voertuigen, woningen of objecten beschadigd of vernield worden (13,4%). Minder vaak voorkomende delicten zijn *wapenbezit* (3,2%) en *drugverkoop* (1,5%).

In de laatste jaren zijn er nieuwe delicten bij gekomen, die zich vooral in een online omgeving afspelen, namelijk cyberdelicten en gedigitaliseerde delicten. *Cyberdelicten* zijn delicten waar een mobiele telefoon of computer zowel doel als middel is (12,7%). Het gaat hierbij bijvoorbeeld om hacken en om malware, met als doel iemand anders schade toe te brengen. *Gedigitaliseerde delicten* zijn delicten die zich eerst vooral in een offline omgeving hebben afgespeeld, maar die inmiddels zijn verplaatst naar een online omgeving (11,1%). De mobiele telefoon of de computer is hierbij wel het middel, maar niet het doel. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om cyberpesten, online fraude of het verspreiden van seksueel getint privé-beeldmateriaal en sexting.

Er zijn verschillende ontwikkelingstrajecten te onderscheiden in het delinquente gedrag van jongeren (Assink et al., 2015; Moffitt, 1993; Wiesner et al., 2003). Een eerste traject wordt gekenmerkt door een start van het delinquente gedrag tijdens de adolescentie, waarbij het delinquente gedrag ook weer stopt aan het einde van de adolescentie of aan het begin van de jongvolwassenheid. Dit traject wordt het *adolescentiegebonden traject* genoemd: start en stop vinden plaats in een periode die gekenmerkt wordt door het verkennen van grenzen. Een tweede traject wordt gekenmerkt door een vroege start van de delinquentie voor de adolescentie. Bovendien loopt bij dit traject het delinquente gedrag door tot in de volwassenheid. Dit wordt het *levenslooppersistente traject* genoemd. Bij deze doelgroep lijkt al vroeg sprake te zijn van regeloverschrijdend en antisociaal gedrag, wat structureel van aard is en zich

niet beperkt tot experimenteergedrag in de adolescentie. Een derde traject wordt gekenmerkt door een start van de delinquentie in de (jong)volwassenheid. Dit wordt het *traject van de late starters* genoemd. Dit onderscheid tussen verschillende trajecten van delinquent gedrag is van belang voor het kiezen van een interventie die passend is voor de achterliggende risicofactoren.

2.3 Conclusie

Bovenstaande beschrijving maakt zichtbaar dat de groep jongeren met ernstige problematiek een diverse groep is, met verschillende kenmerken en verschillende contexten waar verschillende risico- en beschermingsfactoren een rol in spelen. Deze jongeren hebben effectieve zorg nodig. Effectieve zorg betekent hier vooral passende zorg: aansluitend bij de behoeften, kenmerken, contexten, risico- en beschermingsfactoren van deze jongeren. Het volgende hoofdstuk beschrijft waaruit de forensische jeugdzorg voor deze doelgroep bestaat.

3. Hoe ziet de forensische jeugdzorg eruit?

Hier volgt een beknopte omschrijving van de forensische jeugdzorg waarmee jongeren met ernstige problematiek te maken kunnen krijgen. Ook hier is onderscheid gemaakt tussen enerzijds jongeren die te maken hebben gehad met mishandeling of huiselijk geweld, en anderzijds jongeren die betrokken zijn geweest bij verschillende vormen van delinquent gedrag.

3.1 Zorg voor jongeren die te maken hebben gehad met mishandeling en/of huiselijk geweld

Voor de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld bestaat een ketenaanpak. Dat houdt in dat in kaart gebracht is welke instanties en professionals betrokken zijn bij deze doelgroep, en hoe zij hierin samenwerken. In deze ketenaanpak kunnen drie fasen onderscheiden worden (Douma & Hoes, 2020). In de eerste fase staat *signalering* centraal: professionals (huisartsen, hulpverleners, docenten, buurtwerkers) kunnen kindermishandeling of huiselijk geweld signaleren. In de tweede fase staat het *inventariseren* van de situatie en de benodigde hulp centraal. Dit vindt plaats waar de melding van een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling binnenkomt: de politie, Veilig Thuis, de GGD of de spoedeisende hulp (SEH). Met name Veilig Thuis is een instantie waar vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld gemeld kunnen worden. In de derde fase vindt de daadwerkelijke *hulpverlening* of het toepassen van strafmaatregelen plaats. Het gaat hierbij om jeugdhulp in het algemeen, en in het bijzonder om jeugdbescherming, jeugdreclassering, politie en het Openbaar Ministerie.

In veel gemeenten zijn wijkteams, buurtteams of ouder- en kindteams de eerste ingang voor zorg en ondersteuning met betrekking tot kindermishandeling en/of huiselijk geweld (Boendermaker et al., 2021). Deze teams kunnen zelf kortdurende ambulante zorg bieden. Via deze teams kan ook meer gespecialiseerde hulp ingeschakeld worden. In sommige gemeenten is de toegang tot zorg en ondersteuning georganiseerd via een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Ook hier kan lichte ambulante zorg geboden worden, of er kan doorverwezen worden naar meer specialistische hulp.

Als de problematiek ernstig is, dan kan de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) ingeschakeld worden. Deze raad kan de rechter vragen om een *jeugd-beschermingsmaatregel* op te leggen of om *jeugdreclassering* in te schakelen.

Instellingen die hier specifiek voor zijn toegerust (*gecertificeerde instellingen*) kunnen vervolgens de jeugdbeschermingsmaatregelen uitvoeren of de jeugd-reclassering daadwerkelijk uitvoeren. Wijkteams kunnen ook rechtstreeks doorverwijzen naar jeugdbescherming, zonder maatregel.

Een jeugdbeschermingsmaatregel bestaat meestal uit een ondertoezichtstelling (OTS) of een gezagsbeëindigende maatregel (GBM). Bij een OTS wordt aan het gezin een voogd toegewezen, die de opvoeders en het kind ondersteunt bij het oplossen van de opvoedingsproblemen. Het uitgangspunt bij een OTS is om de opvoeders zo veel mogelijk te ondersteunen in hun eigen verantwoordelijkheid als opvoeders. Als kinderen zodanig opgroeien dat zij ernstig in hun ontwikkeling bedreigd worden en de opvoeders niet in staat zijn om hun verantwoordelijkheid te nemen, of als de opvoeders hun gezag misbruiken, dan kan de RvdK een kinderrechter adviseren om een GBM uit te spreken: het gezag wordt de opvoeders dan ontnomen. Vervolgens wordt het gezag uitgeoefend door een gecertificeerde instelling voor jeugdbescherming. In die situaties wordt gezocht naar een andere omgeving waar een kind veilig kan opgroeien. Bijvoorbeeld in een ander gezin, maar binnen familie of vriendenkring (netwerkpleegzorg), of als dat niet lukt in een ander pleeggezin of in een (kleinschalige) leefgroep. Als een jongere niet (alleen) slachtoffer, maar (ook) dader is van huiselijk geweld, dan kan de RvdK adviseren om jeugdreclassering in te schakelen. Jeugdreclassering komt in de volgende paragraaf aan de orde.

Wanneer vastgesteld is dat er in het gezin kindermishandeling of huiselijk geweld is voorgekomen, dan kunnen er verschillende behandelingen ingezet worden. Enerzijds hebben deze behandelingen tot doel om negatieve ervaringen en traumatische gebeurtenissen te verwerken. Anderzijds is het doel voor slachtoffers, daders en gezinnen om nieuwe vaardigheden en nieuwe manieren van omgaan met elkaar te leren. Deze behandelingen kunnen bestaan uit individuele psychotherapie, gezinstherapie, relatietherapie of groepstherapie.

3.2 Zorg voor jongeren die betrokken zijn geweest bij delinquent gedrag

In de jeugdstrafrechtketen begint de zorg voor jongeren die betrokken zijn geweest bij delinquent gedrag vaak bij de politie (Kampijon & Mijnaerends, 2016). Zij krijgt als eerste te maken met meldingen van regeloverschrijdend gedrag. Is het een delict, dan bekijkt de politie of een waarschuwing volstaat, of er een boete volgt, of er sprake is van een Halt-waardig feit, of dat het OM ingeschakeld moet worden in de vorm van een proces-verbaal. Bij een

misdrijf volgt er altijd een proces-verbaal en wordt in overleg met de officier van justitie bepaald of de jongere in voorlopige hechtenis geplaatst wordt. De politie inventariseert vervolgens met het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ) de achtergrond van de jongere en komt op basis daarvan tot een inschatting van het recidiverisico. Bij een gemiddeld tot hoog recidiverisico wordt de jongere gemeld bij de RvdK en deze start een onderzoek om de situatie rondom de jongere goed in kaart te brengen. Een volgende stap kan zijn een bespreking in een ZSM-context. ZSM staat voor 'zorgvuldig, snel en maatwerk' en is een werkwijze waarbij veelvoorkomende criminaliteit wordt afgedaan in een samenwerkingsverband tussen politie, OM, RvdK, jeugdreclassering en Slachtofferhulp Nederland. De officier van justitie neemt na overleg met alle partners een beslissing over de juiste afdoening, bijvoorbeeld een sepot, een *taakstraf*, *jeugdreclassering* of de beslissing om alsnog een dagvaarding in te stellen. Bij een dagvaarding voor de kinderrechter kan ook weer een geldboete of een taakstraf opgelegd worden. Daarnaast kan de dagvaarding resulteren in *jeugd detentie*, met of zonder gedragsbeïnvloedende maatregel, of *jeugdreclassering*.

Er zijn een aantal interventies in bovenstaande jeugdstrafrechtketen aan de orde gekomen (NJI, 2023). Een Halt-afdoening bestaat uit enkele gesprekken met de jongere en de opvoeders, heeft werk- of leerelementen, en kan gecombineerd worden met excuses aanbieden en de schade betalen bij slachtofferdelicten (Ferwerda et al., 2006). Halt kan ingezet worden bij bekende first offenders die verdacht worden van een licht (Halt-waardig) delict. Onderzoek naar het effect van Halt heeft uitgewezen dat de doorverwijzing op zich een gunstig effect heeft op recidive en gedragsverandering, maar dat er geen verschil is tussen jongeren die vervolgens wel of niet specifieke Halt-onderdelen hebben doorlopen, zoals de gesprekken, de excuses en het herstellen van de schade (Ferwerda et al., 2006).

Een *taakstraf* kan bestaan uit een werkstraf (bestaande uit het verrichten van werkzaamheden voor een aantal uren) en/of een leerstraf (bestaande uit het volgen van een training of cursus voor een specifieke vaardigheid of voor specifieke kennis). Sinds de formele invoering in het (jeugd)strafrecht in 1995 is de taakstraf steeds vaker ingezet (Imkamp, 2016). Na een onstuimige toename en wildgroei van het aantal taakstraffen is er met de komst van de erkenningscommissies een schifting ontstaan in wel of niet erkende interventies. Op dit moment hangt de kennis over de effectiviteit van een taakstraf dus af van de specifieke taakstraf die ingezet wordt. De erkende leerstraffen zijn (Imkamp,

2016): Tools4U (een cognitieve socialevaardigheidstraining), So-Cool (een cognitieve socialevaardigheidstraining voor jongeren met een licht verstandelijke beperking), Respect Limits (een training over seksuele grenzen), TACT (een agressieregulatietraining) en Stay-a-way (een training op het gebied van middelengebruik).

De *jeugdreclassering* (JR) komt in beeld als jongeren van 12 tot 23 jaar een delict hebben gepleegd waardoor ze met justitie in aanraking zijn gekomen (Menger et al., 2016). De jeugdreclassering biedt pedagogische ondersteuning in alle fasen van het strafproces: bij de inverzekeringstelling tot de zitting, bij de schorsing van de voorlopige hechtenis onder voorwaarden, als voorwaarde bij een veroordeling, als onderdeel van een taakstraf of als begeleiding tijdens of na detentie. Uit een recidiveonderzoek is gebleken dat in een periode van vier jaar na afloop van de jeugdreclassering ongeveer een derde van de jongeren niet meer recidiveert (Van der Laan et al., 2005). Op dit moment wordt er gewerkt aan een nieuwe landelijke methodiek 'Jeugdreclassering in Verbinding' (Expect Jeugd, n.d.).

Als *jeugddetentie* wordt opgelegd, dan wordt dat uitgevoerd door justitiële jeugdinrichtingen (jji's), tegenwoordig bekend onder de nieuwe naam forensische centra jeugd (FCJ). In de loop der jaren is in deze instellingen de nadruk steeds meer verschoven van detentie naar pedagogische ondersteuning (Boendermaker & Uit Beijerse, 2016). Het doel van deze FCJ's is tweeledig: de veiligheid van de maatschappij bevorderen (door opsluiting) en de voorbereiding op een succesvolle terugkeer in de maatschappij zonder recidive. Binnen de FCJ's kunnen gerichte trainingen ingezet worden om vaardigheden te leren, zoals agressieregulatie (AR op maat), sociale en probleemoplossende vaardigheden (SOVA, In Control, Leren van delict), hoe om te gaan met verleidingen van alcohol en drugs (Brains-4-Use) en specifieke probleemoplossende vaardigheden voor jeugdige zedendelinquenten (Out of the Circle). Ook hier geldt dat er, afhankelijk van de specifieke training, in mindere of meerdere mate empirische evidentie is voor de effectiviteit ervan (Boendermaker & Uit Beijerse, 2016).

Een nieuwe ontwikkeling is de opkomst van de Kleinschalige Voorziening Justitiële Jeugd (KVJJ). Dit zijn voorzieningen voor acht jongeren, die een voorlopige hechtenis of een detentie moeten uitzitten, of die een PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen) hebben. Bij deze voorzieningen ligt de nadruk op werken in een kleine groep, met veel aandacht voor

groepsprocessen binnen de groep. Door de kleinschaligheid hoeft de aandacht minder gericht te zijn op repressie, en kan de aandacht vooral gericht worden op het bevorderen van beschermende factoren.

Tijdens of na afloop van detentie zijn er diverse interventies die ingezet kunnen worden om jongeren te ondersteunen in hun psychosociale ontwikkeling, zodat de kans kleiner wordt dat zij zich opnieuw schuldig maken aan regeloverschrijdend gedrag. De eerste voorkeur gaat hierbij steeds meer uit naar systemische interventies, waarbij de opvoeder(s), een familielid of een bekende ingeschakeld worden als beschermende netwerkfactor. Relationele Gezinstherapie (RGT) is een gezinsgerichte benadering, waarbij de inzet is dat de gezinsleden constructiever en positiever met elkaar communiceren, beter problemen kunnen oplossen en conflicten kunnen hanteren, en dat de opvoeders effectievere opvoedingsvaardigheden kunnen toepassen (Eenshuistra et al., 2014; Schawo et al., 2012). Multi Systeem Therapie (MST) is een systemische interventie, waarbij naast het gezin ook andere systemen zoals de bredere familie, school en vriendennetwerk betrokken worden (Van der Stouwe et al., 2014). Bij MST ligt de nadruk op het versterken van de competenties van de opvoeders, zodat zij ook na afloop van de interventie kunnen verdergaan met positief bekrachtigen van gewenst gedrag. Multidimensionele Familietherapie (MDFT) is net als MST ook breder gericht verschillende systemen rondom de jongere (Van der Pol et al., 2017). MDFT onderscheidt zich van MST in met name effectiviteit bij een doelgroep met zwaardere problematiek (Van der Pol et al., 2017). Bij MDFT zijn er inmiddels goede ervaringen met de inzet van deze interventie terwijl de jongeren nog in detentie zijn, in plaats van af te wachten totdat de jongere vrijkomt (Mos & Rigter, 2012). Een systeeminterventie die recentelijk voor deze doelgroep is ontwikkeld is Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST; Blankestein et al., 2022). FAST is een op maat gesneden interventie die ingaat op de kind- en gezinsfactoren die het probleemgedrag in stand houden. Elke twee weken wordt met het gezin besproken welke algemene en optionele FAST-subdoelen de meeste prioriteit hebben. Als de geprioriteerde subdoelen behaald zijn, worden er nieuwe doelen geprioriteerd.

Een bijzondere vorm van een systemische interventie is de inzet van een mentor: een betrouwbare en verantwoordelijke volwassene die de jongere ondersteunt. Dit kan een natuurlijke mentor zijn (een familielid, een docent, burens) of een geplande mentor (een relatie met een niet-bekende volwassene) (Berger & Booj, 2016). In het algemeen hebben deze mentorprogramma's een

bescheiden positief effect op sociaal-emotioneel functioneren van de jongere, de schoolse prestaties en beroepsperspectieven (DuBois, Holloway, Valentine & Cooper, 2002; Van Dam et al., 2021). Mentoren proberen de protectieve factoren bij de jongere en hun omgeving te detecteren en te versterken. Daarmee proberen ze een bijdrage te leveren aan een duurzame verandering.

In sommige gevallen is een systemische benadering niet mogelijk. Als jongeren veelplegers zijn met meervoudige complexe problematiek en mogelijke persoonlijkheidsproblematiek – in combinatie met een gebrek aan probleembesef, niet gemotiveerd zijn en een vermijding van negatieve gevoelens – dan zal het niet mogelijk zijn om een systemische benadering in te zetten. Vaak zijn de opvoeders uit beeld, of hebben die geen grip meer op het gedrag van hun zoon of dochter. In dat geval is een systemische benadering niet mogelijk, en dan kan individuele psychotherapie ingezet worden (Jongman & Schaafsma, 2017). De kern van deze aanpak bestaat uit de bewustwording van negatieve gevoelens en problemen, die ten grondslag liggen aan de agressie. Het begint met het creëren van een veilige situatie, waarin de jongeren getraind worden om via mentaliseren meer inzicht te krijgen in de achtergrond van hun problematiek. Daarbij hoort ook het aanpassen van schema's waarmee deze jongeren vaak naar de wereld kijken: 'Niemand is te vertrouwen', 'Uiteindelijk laten ze me toch in de steek', 'Niemand begrijpt mij' en 'Uiteindelijk zal niets mij lukken'. Een intensieve persoonlijke aanpak is nodig, met een bereikbaarheid van 24 uur per dag en 7 dagen per week, om stapsgewijs deze jongeren te bewegen afstand te nemen van hun antisociale gedrag.

3.3 Conclusie

Er zijn veel verschillende interventies voor jongeren met diverse soorten ernstige problematiek. Op papier ziet dit eruit als een uitgebreid en passend aanbod voor de forensische doelgroep, maar de praktijk is weerbarstig (e.g. Bruning et al., 2022; Lenglet et al., 2023). Jongeren vinden niet altijd de weg naar de best passende zorg. Een van de redenen daarvoor is dat we nog niet goed weten welke interventie het meest effectief is voor welke soort problematiek, en bij welke jongere deze aanpak het meest effectief is. Om hier beter zicht op te krijgen, is het nodig om structureel in kaart te brengen welke problemen deze jongeren hebben, welke risico- en beschermingsfactoren een rol hebben gespeeld bij deze jongeren, welke interventies zijn ingezet en welke resultaten met deze interventies zijn bereikt. Op deze manier kan kennis over effectiviteit opgebouwd worden. Maar welke uitdagingen zijn er om goed zicht te krijgen op deze effectiviteit?

4. Welke uitdagingen zijn er om meer datagericht te gaan werken in de forensische jeugdzorg?

In dit hoofdstuk komen de uitdagingen aan bod die er zijn als we jongeren met ernstige problematiek zo goed mogelijke zorg willen aanbieden. Dat begint bij het zo zorgvuldig mogelijk *meten van relevante gegevens* over het gedrag van de jongeren en hun directe omgeving. Wat meet je bij deze doelgroep? Hoe meet je dat? Bij wie meet je dat? Hoe vaak meet je dat? Vervolgens zijn er de uitdagingen bij het inzetten van deze gegevens voor het trekken van conclusies rondom de *effectiviteit* van de forensische jeugdzorg. Wat werkt bij deze doelgroep? Voor wie werkt deze interventie en vooral ook voor wie niet? Wanneer werkt deze interventie? Waarom werkt deze interventie? Ten slotte liggen er uitdagingen bij het meer datagericht werken in de forensische jeugdzorg. Hoe kunnen we zo goed mogelijk begrijpen waarom een interventie bij een specifieke jongere gewerkt heeft? En als we dat begrijpen, hoe kunnen we zo goed mogelijk bij aanvang voorspellen wat een waarschijnlijke behandeluitkomst zou kunnen zijn?

4.1 Door meten tot weten?

In de gedragswetenschappen is meten altijd een uitdaging geweest: hoe meet je gedrag van mensen, hoe meet je een depressie, hoe meet je antisociaal gedrag? In de medische wetenschappen is het vanzelfsprekend dat meten belangrijk is voor het verkrijgen van inzicht in de effecten van een medicijn of een behandeling. Het probleem wordt zo veel mogelijk meetbaar gemaakt, en een arts zal altijd een eindmeting doen om te beoordelen of de behandeling geslaagd is. In de geestelijke gezondheidszorg is ongeveer twintig jaar geleden het idee ontstaan dat metingen helpend kunnen zijn in het bepalen van de effectiviteit van een interventie (De Beurs et al., 2011; Lambert et al., 2003). Er is enige achterstand ten opzichte van de medische wetenschappen, vanwege de uitdagingen die er zijn om menselijk gedrag betrouwbaar te meten. Inmiddels heeft het meten in de geestelijke gezondheidszorg en in de jeugdzorg zijn weg gevonden (Barkham et al., 2023). Het is duidelijk dat het voor het vergroten van ons inzicht in de effecten van interventies noodzakelijk is om het gedrag van de jongeren en hun omgeving, en het handelen van hulpverleners, te meten. Binnen de forensische jeugdzorg zijn er de volgende uitdagingen over hoe relevante gegevens op een zorgvuldige manier in kaart te brengen.

Wat meet je?

Een eerste groep uitdagingen bij effectmetingen in de forensische jeugdzorg is om goed na te denken over wat belangrijk is om te meten. Ten eerste moet datgene gemeten worden wat zo dicht mogelijk bij de behandeldoelen van de interventie ligt. Als een training tot doel heeft om de agressieregulatie te versterken, dan moet de vaardigheid tot het reguleren van agressie gemeten worden. De meeste inspanningen zullen immers gericht zijn op het leren reguleren van agressie, dus is dat de primaire uitkomst. Een afgeleid doel kan zijn dat door een betere agressieregulatie een jongere minder snel delicten zal plegen, maar dat moet opgevat worden als een secundaire uitkomstmaat, en niet als primaire uitkomstmaat. Het gebeurt nog te vaak in de forensische jeugdzorg dat algemene, niet-specifieke uitkomstmaten gehanteerd worden, met een onnauwkeurige effectmeting als gevolg (Noom, 2013).

Ten tweede is de hulpverlening in de forensische jeugdzorg – en daarmee de metingen – nog te veel op probleemgedrag georiënteerd en te weinig op beschermingsfactoren. Daardoor is er te weinig zicht op competenties, talenten of veerkracht van de jongere. Als er geen zicht op is, dan kan het ook niet ingeschakeld worden. En omgekeerd: als beschermende factoren door metingen in kaart gebracht worden, dan is het voor professionals ook makkelijker om er in de interventie gebruik van te maken (Vermeiren et al., 2011).

Ten derde zijn de metingen in de forensische jeugdzorg meestal gericht op de jongere zelf en hebben ze te weinig betrekking op de omgeving van de jongere. In een werkveld dat steeds meer systemisch georiënteerd is, omdat duidelijk is dat elke investering in de opvoeders van de jongere een meer duurzaam effect kan hebben op de jongere (Geurts et al., 2012; Noom et al., 2010), is het belangrijk om ook relevante informatie over de directe omgeving van de jongere te verzamelen. Wie is aanwezig in de leefwereld van de jongere en kan een steunende rol spelen in de ontwikkeling van de jongere?

Hoe meet je dat?

Een tweede groep uitdagingen bij uitkomstmetingen in de forensische jeugdzorg heeft betrekking op de instrumenten die gebruikt worden. Ten eerste gaat het hierbij om de vraag hoe relevante gegevens verzameld kunnen worden. Meestal worden hiervoor vragenlijsten gebruikt, die door de jongeren zelf ingevuld worden. Nu heeft elke vorm van zelfrapportage last van een zekere bias, maar bij deze jongeren kunnen er extra redenen zijn om strategisch te antwoorden. Jongeren kunnen geneigd zijn om problemen te verbergen, als zij

vermoeden dat hun gegevens in een (juridisch) traject tegen hen gebruikt kunnen worden. Aan de andere kant kunnen jongeren geneigd zijn om hun problemen sterker te laten lijken dan ze in werkelijkheid zijn, als zij vermoeden dat ze daardoor eerder bepaalde hulp zullen krijgen. Als er vragenlijsten ingezet worden, dan is het verstandig om te overwegen om dezelfde informatie (over probleemgedrag en competenties, over gezinsrelaties) ook via andere bronnen rondom de jongere in kaart te brengen. Door informatie van verschillende bronnen (de jongere, de opvoeders, de leerkrachten of de hulpverleners) te combineren, kan er een betrouwbaarder beeld ontstaan (Schat et al., 2017).

Het is ook te overwegen om andere instrumenten dan vragenlijsten in te zetten. Beoordelingsschalen die door hulpverleners kunnen worden ingevuld, zijn een zinvol alternatief. Hierbij valt te denken aan de Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA; Gowers et al., 1999), waarbij op 13 domeinen (onder andere probleemgedrag, lichamelijke en psychische gezondheid, sociale ontwikkeling, gezin en school) een beoordeling gegeven wordt van 0 (geen problemen) tot 4 (ernstige problemen). Een andere optie is de Zelfredzaamheidsmatrix (ZRM; Fasseart et al., 2013). De ZRM omvat ook 13 enigszins vergelijkbare leefdomeinen. Een belangrijk verschil is dat elk domein niet (alleen) bekeken wordt vanuit een problematisch perspectief, maar vanuit de vraag hoe zelfredzaam iemand op dat domein is. Op elk domein is de mate van zelfredzaamheid te scoren op 5 niveaus, van 'volledig zelfredzaam' tot 'acute problematiek'.

Ten tweede is het een uitdaging om te bepalen hoe vaak relevante gegevens gemeten moeten worden (Metselaar et al., 2004). De minimale opzet vereist dat in ieder geval bij het einde van de behandeling in kaart gebracht wordt wat de omstandigheden zijn voor de betreffende jongere. Om verandering tussen start en einde van de interventie goed in kaart te brengen, is het beter als er ook een startmeting heeft plaatsgevonden. Nog beter is het als er meerdere tussenmetingen gedaan worden, zodat de voortgang gevolgd kan worden door de professionals en er echt sprake is van *routine outcome monitoring* (Noom et al., 2012): het regelmatig meten van uitkomstmaten om te volgen of een jongere zich in positieve zin of in negatieve zin ontwikkelt. Een enkele tussenmeting kan al zinvol zijn, maar om echt ondersteunend te zijn voor een behandeling zouden meer frequente metingen gedaan moeten worden, bijvoorbeeld één keer per maand. Dan kunnen de gegevens informatief zijn over recente ontwikkelingen, maar ook over veranderingen over een langere tijd, sinds de aanvang van de interventie (Noom et al., 2011).

4.2 Wat werkt voor wie, wanneer en waarom?

De belangrijkste reden voor het meten van relevante gegevens is het krijgen van inzicht in de problematiek en inzicht in de resultaten van een behandeling op drie verschillende niveaus (Noom et al., 2011). Dit inzicht kan van belang zijn op het niveau van de *behandelaar* en de individuele cliënt, om een eerste indruk van zijn/haar situatie te krijgen en om te kunnen monitoren of hier verbetering in optreedt. Op basis van deze informatie kunnen behandelaren samen met hun cliënten een plan van aanpak opstellen en evalueren. Op het niveau van de *instelling* kunnen metingen inzicht bieden in de kenmerken van de doelgroep en in de resultaten van een team of van de instelling als geheel. Het geeft informatie over hoe de doelgroep van een programma of instelling eruitziet en welke resultaten er geboekt worden bij deze doelgroep in deze instelling. Op het derde niveau (*onderzoek*) kan de aggregatie van gegevens van verschillende instellingen inzicht bieden in algemene kenmerken van de problematiek en inzicht bieden in de effectiviteit van een interventie. Kennis op dit niveau kan bijdragen aan wetenschappelijke inzichten in de doelgroep en de bijbehorende interventies (Vermeiren et al., 2011).

Uitdagingen op het gebied van inzicht in effectiviteit hebben in de eerste plaats vooral betrekking op het goed in kaart brengen van relevante moderatoren: factoren die een behandel-effect versterken of afzwakken (Noom et al., 2012). Om goed antwoord te kunnen geven op de vraag: 'Wat werkt voor wie, wanneer en waarom?', moeten relevante factoren gemeten worden die helpen te onderscheiden voor wie, wanneer en waarom een behandeling effectief is. Om te kunnen onderzoeken of er subgroepen zijn die beter of minder goed reageren op een behandeling, moeten er niet alleen ideeën zijn over wat voor deze interventie onderscheidend zou kunnen zijn (leeftijd, geslacht, IQ, migratieachtergrond, gezinsstructuur, steunfiguren, veerkracht), maar moeten deze factoren ook gemeten worden. In een testbatterij, waar vaak zuinig omgegaan wordt met de hoeveelheid instrumenten, is het belangrijk om ruimte te maken voor het meten van deze 'extra' factoren (Noom et al., 2011).

In de tweede plaats ligt er een uitdaging bij het monitoren van niet-werkzame trajecten, in de zin van trajecten waar er geen verbetering optreedt of waarbij sprake is van voortijdige uitval uit een behandeling (Noom et al., 2005). Er wordt in onderzoek naar de effectiviteit van interventies te weinig aandacht besteed aan trajecten waarbij er geen sprake is van verbetering. Een reden daarvoor is dat er vaak naar effectiviteit op groepsniveau wordt gekeken, en dat er geen rekening wordt gehouden met variatie binnen de groep:

gemiddeld genomen gaat een groep erop vooruit, maar binnen de groep zijn er ook altijd jongeren bij wie nauwelijks verbetering optreedt. Ook uitval van jongeren is een fenomeen dat vaak letterlijk en figuurlijk uit beeld verdwijnt: letterlijk, omdat de jongeren of gezinnen niet meer komen opdagen bij een behandeling, maar ook figuurlijk, omdat er geen eindmetingen van deze deelnemers meer zijn, waardoor ze in de analyses buiten beschouwing blijven. Dus in onderzoek verdwijnt deze subgroep vaak geruisloos naar de achtergrond, terwijl klinisch gezien deze subgroep zeer relevant is. Het is immers belangrijk om te weten welke jongeren niet profiteren van een behandeling of zelfs eerder uitvallen. Daarvan is te leren: waarom hadden ze geen baat bij deze interventie, of waarom zijn ze afgehaakt? Kennis daarover kan bijdragen aan een betere toewijzing van jongeren en gezinnen aan het juiste programma, en daarmee aan het voorkómen van een teleurstellende ervaring voor de jongeren of voor de gezinnen (Goorden et al., 2013; Noom et al., 2010).

4.3 Hoe kan er meer datagericht gewerkt worden in de forensische jeugdzorg?

Het voorspellen van een behandelresultaat

Een nieuwe ontwikkeling en tevens uitdaging in de forensische jeugdzorg is het voorspellen van een behandelresultaat (Goorden et al., 2013; 2014). Naarmate we steeds beter weten welke factoren in het verleden hebben samenhangen met behandel succes, kunnen we de omslag maken naar het voorspellen van toekomstig behandel succes. Als we bijvoorbeeld weten uit eerdere gegevens dat bij jongeren die behandeld worden voor agressieproblematiek, vooral de jongens die relatief jong zijn, in een gebroken gezin en bijvoorbeeld met een beperkte impulscontrole een 75% grotere kans op behandel succes hebben bij een systemische interventie ten opzichte van een individuele interventie, dan kunnen we deze kennis ook gebruiken bij aanvang van een nieuw behandeltraject. We kunnen dan bij een jongere die in de bovenstaande categorie valt eerder kiezen voor een systemische interventie dan voor een individuele interventie. Ervaringen uit het verleden zijn dan voorspellend voor de toekomst. Datzelfde geldt voor uitval: als we beter inzicht hebben in factoren die het risico op voortijdige uitval vergroten, dan kunnen we vervolgens op basis van deze factoren een inschatting maken op het risico op uitval bij een toekomstig behandeltraject. Heeft een jongere of een gezin bij aanvang een verhoogd risico op uitval, dan kan een behandelaar daarop anticiperen: een verhoogde alertheid op het ontsporen van een behandeling kan de kans op een daadwerkelijke uitval wat verkleinen, omdat behandelaars door deze verhoogde alertheid extra kritisch naar hun plan van aanpak kijken.

De uitdaging hier is dat voor het begrijpen en vervolgens voorspellen van behandel succes extra gegevens verzameld moeten worden: behalve achtergrondkenmerken kunnen namelijk ook eigenschappen van de jongere of van het gezin relevant zijn voor het begrijpen en voorspellen van behandel succes (e.g. Schat et al., 2017). Daarbij zullen naast risicofactoren ook beschermende factoren relevant zijn, en die gegevens worden helaas minder vaak gemeten. Deze wens voor extra gegevens botst met de situatie bij de meeste instellingen, waar ervoor gekozen is om een beperkt aantal variabelen te meten. Variabelen die vooral betrekking hebben op het probleemgedrag en bijbehorende risicofactoren. Bovendien is er om reden van zuinigheid vaak ook gekozen voor verkorte versies van instrumenten. Om een zorgvuldige voorspelling op te bouwen zijn veel gegevens nodig: veel variabelen over een breder spectrum dan alleen maar het probleemgedrag, en veel respondenten die een goede afspiegeling vormen van de samenleving. Dit is een grote uitdaging voor een werkveld waar dataverzameling nogal eens als een administratieve verplichting gevoeld wordt, en waar dataverzameling niet gezien wordt als een continue stroom van gegevens waar je als individuele behandelaar en als organisatie van kunt leren (Geurts et al., 2010).

Datagericht werken in de forensische jeugdzorg

Lange tijd was er geen ervaring met meten in de jeugdzorg (Lambert et al., 2003). Professionals werkten vanuit hun ervaringskennis, waardoor kennisoverdracht zich vooral beperkte tot supervisie en intervisie. Bij de introductie van routine outcome monitoring in de GGZ in het begin van deze eeuw was er vooral scepsis (Lambert et al., 2003). Hoe zou het complexe werk van een jeugdzorgprofessional weergegeven kunnen worden in cijfers? Wat zou een meetinstrument toevoegen aan wat de jeugdzorgprofessional al weet? Kan het gedrag van een jongere of van een opvoeder nauwkeurig in kaart gebracht worden door een vragenlijst? De bedoeling van routine outcome monitoring was om ervaringen binnen een organisatie systematischer te verzamelen en daarmee ook voor meer professionals toegankelijk te maken (Noom et al., 2012). De verzamelde gegevens zouden helpend moeten zijn om te leren van ervaringen uit het verleden en om deze kennis in te zetten bij toekomstige behandelingen. De afgelopen twintig jaar hebben laten zien dat er ook op dit punt van datagericht werken een aantal uitdagingen zijn.

De eerste uitdaging op het gebied van datagericht werken is de scepsis die er is over het gebruik van metingen in de jeugdzorg. Er moet meer teruggekoppeld worden aan behandelaren, om ze meer bekend te maken met wat je wel

of niet kunt met deze gegevens (Klasen et al., 2011). Zo is gebleken dat behandelaren relatief optimistisch zijn ten opzichte van hun cliënten, wat tot gevolg kan hebben dat zij soms de problematiek onderschatten en de behandelresultaten overschatten. Het gebruik van gestandaardiseerde gegevens kan dat risico wat verkleinen. Het hebben van realistische uitgangspunten over wat wel en niet verwacht kan worden van metingen, kan enigszins de scepsis wegnemen over de waarde van deze gegevens.

Een tweede uitdaging op het gebied van datagericht werken zit bij de participanten van de interventies: de jongeren en hun opvoeders hebben soms weinig affiniteit met metingen, omdat ze nut en noodzaak niet ervaren. Er is onvoldoende besef dat de metingen voor hun behandelaren helpend kunnen zijn in de diagnostiek van de problematiek en in de evaluatie van een behandeling. De jongeren en hun opvoeders zien vaak niets terug van hun gegevens, waardoor ze minder gemotiveerd zijn om herhaaldelijk lange testbatterijen in te vullen. Daardoor is er vaak sprake van een lage respons, met name bij eindmetingen. Een structurele terugkoppeling aan de jongeren en hun opvoeders kan mogelijk helpend zijn om hen te overtuigen van het nut van de metingen, en om hen zo intrinsiek te motiveren voor het aanleveren van metingen (Noom, 2013).

4.4 Conclusie

Om betere zorg te kunnen bieden aan jongeren met ernstige problematiek, is het nodig meer te weten over effectiviteit. Om meer over effectiviteit te weten, is het nodig om relevante gegevens te verzamelen: kenmerken van de problematiek, de aanwezige risico- en beschermingsfactoren, de ingezette interventie(s) en de uitkomsten van deze interventie(s). Kennis over deze gegevens geeft inzicht in welke factoren samenhangen met behandel succes. En dit inzicht biedt vervolgens de mogelijkheid om op basis van het verleden toekomstige behandelresultaten te voorspellen. In dit hoofdstuk is beschreven welke uitdagingen te vinden zijn in het meten van gegevens en het inzetten van gegevens ter ondersteuning van een behandeling. Het volgende hoofdstuk beschrijft hoe ik in het kader van dit lectoraat samen met de praktijk en de opleiding een bijdrage hoop te leveren aan het omgaan met deze uitdagingen.

5. Hoe gaat dit lectoraat zich samen met praktijk en opleiding met deze uitdagingen bezighouden?

Dit hoofdstuk beschrijft welke onderwerpen in de komende jaren in dit lectoraat centraal zullen staan om te proberen samen met de praktijk en de opleiding een antwoord te vinden op deze uitdagingen. In de eerste plaats gaat het daarbij om vragen rondom het zo goed mogelijk meten van het gedrag van de jongeren en hun omgeving. Hoe kunnen praktijkinstellingen in de forensische jeugdzorg betrouwbare en valide gegevens verzamelen die ondersteunend zijn voor een individuele behandeling, en die tegelijkertijd inzicht geven in de effectiviteit van een behandeling? In de tweede plaats staan vragen over de effectiviteit van de forensische jeugdzorg centraal. Enerzijds betreft het antwoorden op de vragen wat werkt, voor wie, wanneer en waarom? Anderzijds zijn er voortdurend vragen over hoe effectiviteit in de forensische jeugdzorg zo goed mogelijk is vast te stellen: wat is op te vatten als verbetering, en hoe kunnen we samen met de praktijk bepalen wat relevante moderatoren (zouden kunnen) zijn? En in de derde plaats betreft het in dit lectoraat toekomstige ontwikkelingen rondom effectieve behandelingen in de forensische jeugdzorg. Hoe kunnen gegevens uit het verleden gebruikt worden om het heden beter te begrijpen en om de toekomstige uitkomst van een forensische behandeling te voorspellen? Voor deze vragen is samenwerking met de praktijk en de opleiding cruciaal: vanuit de praktijk is er de wens om zo effectief mogelijk te werken en om hier meer inzicht in te hebben; vanuit de opleiding is er de wens om toekomstige professionals op te leiden die kunnen reflecteren op de effectiviteit van hun handelen, en die deze reflectie kunnen voeden met gegevens van de dagelijkse praktijk.

5.1 Meten in de forensische jeugdzorg

Bij de vraag wat er gemeten zou moeten worden in de forensische jeugdzorg, is het uitgangspunt voor de keuze van metingen dat deze in de eerste plaats zinvol en ondersteunend moeten zijn voor de professionals. Als de professionals tevreden zijn over de bruikbaarheid van de gegevens omdat zij deze in kunnen zetten om keuzes te maken over de invulling van de behandeling, dan is dat een overtuigend signaal dat deze gegevens relevant zijn. In de tweede plaats moeten metingen zinvol en ondersteunend zijn voor de praktijkorganisatie. Als praktijkorganisaties tevreden zijn over de bruikbaarheid van de

gegevens voor het beschrijven van hun doelgroep en voor het beschrijven van de resultaten die zij behalen met deze doelgroep, dan bevestigt ook dat de relevantie van deze gegevens. In de derde plaats kunnen onderzoekers hun wensen inbrengen. Als de professionals en de praktijkorganisaties tevreden zijn, dan zal de onderzoeker in het algemeen ook tevreden zijn vanwege de ecologische validiteit van de gegevens: voor degene die werkt met deze gegevens hebben ze ook werkelijk betekenis. In de laatste plaats komen de overheid en de zorgverzekeraars aan de beurt om aan te geven welke wensen zij hebben in het kader van verantwoording en financiering. Het mag echter niet zo zijn dat verantwoording en financiering vooropstaan in de keuzes voor wat er gemeten gaat worden. Dat is in het verleden te vaak gebeurd en heeft de professionals sceptisch gemaakt over de zin van meten: dat het bedoeld is om af te rekenen en niet om als organisatie van te leren.

Het is dus van belang om bij onderzoek naar de effectiviteit van de forensische jeugdzorg altijd te beginnen met evalueren hoe dit in kaart gebracht wordt. Samen met de praktijkinstellingen is het cruciaal om het systeem van metingen te bekijken, waarbij de relevantie van eventuele keuzes bepaald wordt op basis van het nut voor de praktijk. Daarbij is het belangrijk om samen met professionals de volgende aspecten te evalueren:

- Wat zou er binnen onderstaande domeinen gemeten moeten worden? Denk aan:
 - kenmerken en manifestaties van het probleemgedrag;
 - risico- en beschermingsfactoren bij de jongere zelf;
 - risico- en beschermingsfactoren in de sociale omgeving van de jongere, zoals het gezin, vrienden of relevante anderen;
 - uitkomsten van de interventie, gerelateerd aan de behandeldoelen en aan tevredenheid van de betrokkenen.

- Bij wie zou dit gemeten moeten worden? Mogelijke bronnen:
 - bij de jongere zelf;
 - bij het gezin;
 - bij de professionals.

- Hoe vaak zou dit gemeten moeten worden? Overweeg:
 - ten minste bij aanvang en bij einde van de behandeling;
 - idealiter op meerdere momenten tussendoor, ofwel met een vaste frequentie van om de 1-2 maanden, ofwel op relevante momenten in

- de behandeling ter ondersteuning van beslissingen die genomen moeten worden;
- een of meer follow-upmetingen een half en/of een heel jaar na afloop van de interventie geven een beter inzicht in structurele veranderingen.

Het streven in dit lectoraat is om samen met professionals uit de forensische jeugdzorg toe te werken naar een overzicht van minimale, ideale en maximale wensen voor de inrichting van een systeem van dataverzameling. Een systeem dat in de eerste plaats ondersteunend is voor een individueel behandeltraject, in de tweede plaats ondersteunend is voor inzichten op het niveau van de instelling, in de derde plaats bruikbaar is voor onderzoek naar de effectiviteit van de forensische jeugdzorg en in de vierde plaats inzetbaar is voor verantwoording.

5.2 Effectiviteit in de forensische jeugdzorg

Het meten van effectiviteit in de forensische jeugdzorg is niet eenvoudig. Het is niet altijd vanzelfsprekend hoe de uitkomst van een behandeling zich het beste laat meten. Dit vraagt om een voortdurende discussie tussen behandelaren, beleidsmedewerkers, opleiders en onderzoekers. Hoe informatief is een analyse van de effectiviteit op groepsniveau, als daaronder zoveel diversiteit zit in reacties op een interventie? Jongeren die niet reageren op een behandeling halen wel het gemiddelde naar beneden, maar zijn onzichtbaar in groepsgemiddeldes. Uitval uit een behandeling is slechts een percentage in de zijlijn en krijgt weinig aandacht. De klinische relevantie om te weten wie niet profiteren van een behandeling of waarom ze uitvallen is zeer groot (e.g. Van der Hoeven et al., 2023). Maar een groepsgemiddelde verbergt ook het bestaan van subgroepen, waar sommige jongeren beter of minder goed reageren. De uitdaging is daarom gericht te zoeken naar mogelijke moderators van behandelresultaten. In discussie met de praktijk moet veel meer nagedacht worden over hoe we inzichten over verschillende reacties op een behandeling zichtbaar kunnen maken.

Verder is het belangrijk om bij het bepalen van de effectiviteit van een interventie dicht bij de doelen van een interventie te blijven. Helpend hierbij kan zijn om onderscheid te maken tussen *primaire uitkomstmaten*, waarop een interventie expliciet gericht was (bijvoorbeeld het reguleren van emoties in een agressieregulatietraining); *secundaire uitkomstmaten*, waarop een interventie indirect effect kan hebben (bijvoorbeeld een lagere recidive na een agressieregulatietraining); en *tertiaire uitkomstmaten*, waarbij gekeken wordt naar meer algemene effecten zoals tevredenheid met de behandeling (Jurrius et al., 2011).

Samen met professionals uit de forensische jeugdzorg willen we werken aan de vraag hoe effectiviteit in de forensische jeugdzorg zo valide mogelijk in beeld gebracht kan worden. Daarbij bekijken we de volgende thema's:

- Hoe wordt de effectiviteit van een interventie bepaald? Door beoordeling van:
 - stabiliteit of verbetering in het probleemgedrag;
 - toename van probleembesef en inzicht in het eigen probleemgedrag;
 - stabiliteit of afname van risicofactoren;
 - stabiliteit of versterking van beschermingsfactoren;
 - duurzaamheid van de effectiviteit in de vorm van structurele veranderingen.

- Hoe wordt er naar differentiatie in de effectiviteit van een interventie gekeken? Via:
 - inzicht in moderatoren van de effectiviteit van een interventie: wat werkt, voor wie, wanneer en waarom;
 - inzicht in subgroepen van jongeren en gezinnen die de interventie afronden, maar geen noemenswaardige verbetering hebben laten zien;
 - inzicht in subgroepen van jongeren en gezinnen waarbij voortijdig een interventie afgebroken wordt.

Ook hier hopen we in het lectoraat samen met vertegenwoordigers uit het forensische werkveld in de komende jaren tot betere inzichten te komen. Keuzes die hier klinisch relevant zijn, hebben ook wetenschappelijke relevantie: keuzes die helpen om een individuele behandeling beter te kunnen monitoren door de behandelaar, zijn ook helpend om een behandeling nauwkeuriger te kunnen onderzoeken.

5.3 Toekomstige ontwikkelingen in de forensische jeugdzorg

De meeste van bovengenoemde onderwerpen hebben een relatie met datagericht werken: hoe kunnen we de zorg voor de forensische doelgroep zo verbeteren dat we een optimaal rendement voor de jongeren halen? Er zijn interessante ontwikkelingen gaande die het mogelijk maken om betere zorg te bieden, door beter gebruik te maken van kennis uit eerdere ervaringen en deze toepasbaar te maken voor toekomstige behandelingen. Met name de volgende ontwikkelingen zijn erg interessant om samen met behandelaren en opleiders over na te denken:

- Kunnen we voorspellen hoe succesvol een behandeling zal zijn? Daarvoor is nodig:
 - inzicht in factoren die tot nu toe samenhangen met een positief behandelresultaat of met behandeluitval;
 - voor de start van een behandeling verschillende behandelvormen met elkaar vergelijken en vervolgens bepalen welke behandelvorm de grootste kans op succes heeft;
 - op dezelfde manier bij aanvang de kans op uitval bij verschillende behandelvormen met elkaar vergelijken en vervolgens bepalen welke behandelvorm de kleinste kans op uitval heeft.

- Kunnen we de metingen van jongeren/gezinnen personaliseren naar hun individuele behoefte?
 - Op dit moment bestaan er vooral algemene testbatterijen, die voor alle jongeren binnen een behandelvorm hetzelfde zijn. Naar analogie van een bloedtest zou het interessant zijn om per individuele jongere of per gezin een keuze te kunnen maken wat er in deze situatie gemeten moet worden. Op deze manier worden metingen nog meer klinisch relevant, omdat ze voorzien in de behoefte van de jongere, het gezin en de behandelaar.
 - Het personaliseren van metingen stimuleert ook het personaliseren van een behandeling; sterker nog, inzicht in de specifieke behoeften van een jongere of het gezin is nodig om een interventie optimaal daarop te kunnen afstemmen.

- Kunnen we de metingen van jongeren/gezinnen inzetten om gezamenlijk met hen te beslissen over de te nemen stappen in hun behandeltraject?
 - Om goede beslissingen te kunnen nemen over de interventie is het noodzakelijk om over goede informatie te beschikken; als alle betrokkenen (jongere/gezin/behandelaar) betrouwbare informatie aanleveren, dan moet het ook mogelijk zijn om samen een afweging te maken over een vervolgstap die het beste past bij waaraan de jongere en het gezin behoefte hebben, en waarin de behandelaar vertrouwen heeft.
 - Om deze vorm van *shared decision making* (Bartelink et al., 2015) mogelijk te maken, is het nodig dat de jongeren en hun gezinnen terugkoppeling krijgen van de informatie die zij gegeven hebben. Het zal een grote uitdaging zijn om de informatie uit de testbatterij op een overzichtelijke en begrijpelijke manier terug te koppelen, maar het is wel nodig dat zij als belangrijke gesprekspartners worden gezien.

- Kunnen mobiele applicaties helpend zijn bij datagericht werken in de forensische jeugdzorg?
 - Mobiele applicaties kunnen ingezet worden voor het periodiek verzamelen van relevante gegevens. Dit zou het waarschijnlijk gemakkelijker maken om deze gegevens te verzamelen.
 - Mobiele applicaties kunnen ingezet worden voor het toegankelijk maken van de uitkomsten van de testbatterij voor de jongeren en hun gezinnen. Op deze manier kan de terugkoppeling van informatie op een gebruikersvriendelijke manier georganiseerd worden. Jongeren en hun gezinnen zullen op deze manier ook in staat gesteld worden om zelf de voortgang van hun behandeltraject te monitoren, wat hen kan helpen om mede aan het stuur te zitten.
 - Mobiele applicaties kunnen ook ingezet worden voor gerichte psycho-educatie, bijvoorbeeld gekoppeld aan uitkomsten uit de instrumenten. Zo kan datagericht werken direct vertaald worden naar gerichte ondersteuning voor de jongeren en hun gezinnen.

In een digitale wereld zijn dit voor de hand liggende ontwikkelingen. Ze vragen echter om veel kennis, veel gegevens en veel geld en geduld om bovenstaande wensen in de echte werkelijkheid om te zetten. Het zijn ook vaak lange trajecten, waarbij hopelijk in de komende jaren stappen gezet kunnen worden. Het vraagt ook bij uitstek om een multidisciplinaire aanpak, met ook weer de eigen uitdagingen van bijvoorbeeld het vinden van een gezamenlijk doel en een gezamenlijke taal.

5.4 Conclusie

In bovenstaande plannen gaan klinische en wetenschappelijke relevantie hand in hand: als iets klinisch relevant is omdat het inzichtgevend is voor de praktijk, dan is het ook wetenschappelijk relevant omdat het vraagt om empirische ondersteuning. Ontwikkelingen die gericht zijn op het zo goed mogelijk behandelen van de forensische doelgroep, vragen ook om onderzoek dat zo goed mogelijk probeert om deze aanpak te evalueren. Samen met de forensische praktijk hoop ik dat we onze samenwerking op dit terrein kunnen voortzetten, en dat we gaandeweg steeds beter leren hoe de forensische jeugdzorg zo effectief mogelijk kan zijn om de jongeren en hun gezinnen te helpen hun weg te vinden naar een beter bestaan.

6. Referenties

- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., Van der Put, C. E., & Sams, G. J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, *84*, 131–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>
- Assink, M., Van der Put, C. E., Hoeve, M., De Vries, S. L. A., Sams, G. J. J. M., & Oort, F. J. (2015). Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *42*, 47–61. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.002>
- Barkham, M., De Jong, K., Delgado, J. & Lutz, W. (2023). Routine Outcome Monitoring (ROM) and Feedback: Research Review and Recommendations. *Psychotherapy Research*, *33*(7), 841–855. DOI: 10.1080/10503307.2023.2181114
- Bartelink, C., Van Yperen, T. A., & Ten Berge, I. J. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect*, *49*, 142–153. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.002>
- Berger, M. & Booij, Y. (2016). Mentoring in de jeugdzorg. In I. Weijers (Ed.), *Justitiële interventies: voor jeugdige ouders en risicjongeren* (pp. 211–224). Den Haag: Boom Criminologie.
- Blanckstein, A. M. M. M., Van der Rijken, R. E. A., Broekhoven, J. L., Lange, A. M. C., Simons, I., Van Domburgh, L., Van Santvoort, F., & Scholte, R. H. J. (2022). Residential Youth Care Combined with Systemic Interventions: Exploring Relationships between Family-Centered Care and Outcomes. *Residential Treatment for Children and Youth*, *39*(1), 34–56. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2020.1863894>
- Boendermaker, L. & Uit Beijerse, J. (2016). De justitiële jeugdinstellingen. In I. Weijers (Ed.), *Justitiële interventies: voor jeugdige ouders en risicjongeren* (pp. 65–84). Den Haag: Boom Criminologie.
- Boendermaker, L., Distelbrink, M., Van Goor, R., & Pels, T. (Eds.) (2021). *Werken in wijkteams jeugd*. Uitgeverij Coutinho.
- Bruning, M. R., Van der Zon, K. A. M., Smeets, D. J. H., & Van Boven, H. J. (2022). *Eindevaluatie Wet herziening kindbeschermingsmaatregelen: Nieuwe rechtsgronden in een haperend jeugdbeschermingsstelsel*. Den Haag: Boom Juridisch.
- De Beurs, E., Den Hollander-Gijsman, M. E., Van Rood, Y. R., Van der Wee, N. J. A., Giltay, E. J., Van Noorden, M. S., Van der Lem, R., Van Fenema, E. & Zitman, F. G. (2011). Routine outcome monitoring in the Netherlands: practical experiences with a web-based strategy for the assessment of treatment outcome in clinical practice. *Clin. Psychol. Psychother.*, *18*, 1–12. <https://doi.org/10.1002/cpp.696>

- Douma, L., & Hoes, M. (2020). *Handelen bij kindermishandeling en huiselijk geweld: Van signalering tot besluit*. Boom Uitgevers, Amsterdam.
- DuBois, D. L., Holloway, B. E., Valentine, J. C., & Cooper, H. (2002). Effectiveness of mentoring programs for youth: a meta-analytic review. *American journal of community psychology, 30*(2), 157–197. <https://doi.org/10.1023/A:1014628810714>
- Eenshuistra, R. M., Regterschot-von Lindheim, H. & Tjaden, J. (2014). *Uitkomsten 5 jaar FFT*. Duivendrecht: PI Research.
- Expect Jeugd (n.d.). *Jeugdreclassering in Verbinding*. Expertisecentrum Partners voor Jeugd. Geraadpleegd 12 november 2023, van <https://williamschrikker.nl/voorgemeenten/jeugdreclassering/gedwongen-maatregelen/subpagina-gemeente/>
- Fassaert, T., Lauriks, S., Van de Weerd, S., De Wit, M., & Buster, M. (2013). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 91*(3), 169-177. Doi: 10.1007/s12508-013-0059-7.
- Ferwerda, H. B., Van Leiden, I. M. G. G., Arts, N. A. M. & Hauber, A. R. (2006). *Halt: Het Alternatief? De effecten van Halt beschreven*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers/WODC.
- Finkelhor, D. & Korbin, J. (1988). Child abuse as an international issue. *Child Abuse & Neglect, 12*, 3–23. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90003-8](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90003-8)
- Geurts, E. M. W., Boddy, J., **Noom, M. J.**, & Knorth, E. J. (2012). Family-centred residential care: The new reality? *Child and Family Social Work, 17*, 170–179. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2012.00838.x
- Geurts, E. M. W., Knorth, E. J., & **Noom, M. J.** (2010). Working with youths and families in residential care: Why, how and for what? In E. J. Knorth, et al. (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 348-351). Antwerp: Garant Publishers.
- Goorden, M., Willemsen, E. M. C., Van Busschbach, J., **Noom, M. J.**, Mogendorff, E., Bouwmans, C., ... Hakkaart, L. (2013). In Search of Patient Characteristics That May Guide Empirically Based Selection for Patients with Personality Disorder. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 16*, S10-S11.
- Goorden, M., Willemsen, E. M. C., Lotters, F. J. B., **Noom, M. J.**, Van Elburg, R. A. J., Danner, U., ... Hakkaart-van Roijen, L. (2014). Development of an Empirically based Checklist for Selecting Patients with Severe Mental Disorders. *The Journal of Mental Health Policy and Economics, 17*, S7-S7.
- Gowers, S. G., Harrington, R. C., Whitton, A., Lelliott, P., Wing, J., Beevor, A., & Jezzard, R. (1999). A Brief Scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: HoNOSCA. *British Journal of Psychiatry, 174*, 413-416.
- Imkamp, F. (2016). Taakstraffen in het jeugdstrafrecht. In I. Weijers (Ed.), *Justitiële interventies: voor jeugdige daders en risicjongeren* (pp. 35-48). Den Haag: Boom Criminologie.

- Jongman, E., & Schaafsma, K. (2017). Gevoel is explosief materiaal. Ambulante behandeling van jonge veelplegers. Amsterdam: DSP-groep.
- Jurrius, K., Bauer, J., Rutjes, L., & Stams, G. J. J. M. (2011). Transitie jeugdzorg kan profiteren van 5 jaar cliënttevredenheidsonderzoek: Databank biedt overzicht van cliënttevredenheidsonderzoek. *Jeugd & Co, Kennis*, 4, 30-39.
- Kampijon, M. & Mijnaards, I. (2016). De jeugdstrafrechtsketen. In I. Weijers (Ed.), *Justitiële interventies: voor jeugdige daders en risicjongeren* (pp. 23-34). Den Haag: Boom Criminologie.
- Klasen, H., **Noom, M. J.**, & Zeyl, M. (2011). Implementing routine outcome monitoring in a CAMH Service in The Netherlands: trials and tribulations. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(1), S62-S63.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is It Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288-301. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg025>
- Lenglet, M. J. E., Van Boven, H. J., & Bruning, M. R. (2023). *Perspectieven op rechtsbescherming in de jeugdbescherming*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Menger, A., Krechtig, L. & De Vos, M. (2016). Jeugdreclassering: Werken aan veiligheid en perspectief. In I. Weijers (Ed.), *Justitiële interventies: voor jeugdige daders en risicjongeren* (pp. 49-64). Den Haag: Boom Criminologie.
- Metselaar, J., Knorth, E. J., **Noom, M. J.**, & Van Yperen, T. A. (2004). Treatment planning for residential and non-residential care: a study on indication-for-treatment statements as input to the care process. *Child & Youth Care Forum*, 3, 151-173. DOI: 10.1023/B:CCAR.0000029684.84484.4c
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.4.674>
- Mos, K., Rigter, H. (2012). Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinrichtingen. Inzichten uit Multidimensionele Familie therapie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 11, 118-24. Nederlands Jeugdinstituut. (1 november 2023). Databank Effectieve Jeugdinterventies. <https://www.nji.nl/interventies>
- Noom, M. J.** (2013). Rejoinder: Monitoring Treatment Results of Psychiatric Patients: Do Different Objectives Need Different Designs and Implementations? *Methodological Review of Applied Research*, 1, 32-35.
- Noom, M. J.**, Knorth, E. J., & Josias, H. J. (2005). The dynamics of screening and setting indications for treatment in an integrated system of child and youth care. In. H. Grietens (Ed.), *European Perspectives on Child and Youth Care* (p. 199-221). Leuven: University Press.

- Noom, M. J.**, Markus, M. T., Zitman, F. G., & Vermeiren, R. R. J. M. (2010). Routine outcome monitoring: A tool for understanding what works for whom and why. In E. J. Knorth, et al. (Eds.), *Inside Out. How interventions in child and family care work: An international source book* (pp. 538-540). Antwerp: Garant Publishers.
- Noom, M. J.**, De Jong, K., Tiemens, B., Kamsteeg, F., Markus, M. T., Pot, A. M., Schippers, G. M., Swildens, W., Sytema, S., Theunissen, J., Van der Vlist, H. P., Vuyk, J., Zondervan, T. (2012). Routine outcome monitoring en benchmarking: Hoe kunnen we behandelresultaten op een zorgvuldige manier vergelijken? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *54*, 141-145.
- Noom, M. J.**, Zitman, F. G., Vermeiren, R. R. J. M., Tham, L., Carlier, I. V. E., Markus, M. T., & Klasen, H. (2011). Perspectief: Waar gaan we naartoe? In S. van Hees, P. H. van der Vlist, & N. Mulder (Red.), *Van weten naar meten: ROM in de GGZ* (pp. 189-196). Amsterdam: Boom.
- Schat, A., van Noorden, M. S., Giltay, E. J., **Noom, M. J.**, Vermeiren, R. R. J. M., & Zitman, F. G. (2017). Concordance between self-reported and observer-rated anxiety severity in outpatients with anxiety disorders: The Leiden routine outcome monitoring study. *Psychology and Psychotherapy*. DOI: 10.1111/papt.12134
- Schawo, S. J., Van Eeren, H., Soeteman, D. I., Van der Veldt, M. C., **Noom, M. J.**, Brouwer, W., Van Busschbach, J. V., & Hakkaart, L. (2012). Framework for modeling the cost-effectiveness of systemic interventions aimed to reduce youth delinquency. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, *15*, 187-196.
- Van der Laan, A. M., Beerthuizen, M. G. C. J., & Boot, N. (2021). *Monitor Jeugdcriminaliteit 2020. Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit in de eerste twee decennia van deze eeuw*. Den Haag: WODC/CBS.
- Van der Laan, A. M., Van der Knaap, L. M., Wartna, B. S. J. (2005). *Recidivemeting onder jeugdreclasseringscliënten*. Den Haag: WODC.
- Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M., & Van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *34*(6), 468-481. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.06.006
- Van Dam, L., Blom, D., Kara, E., Assink, M., Stams, G. J., Schwartz, S., & Rhodes, J. (2021). Youth initiated mentoring: A meta-analytic study of a hybrid approach to youth mentoring. *Journal of Youth and Adolescence*, *50*(2), 219-230.
- Van der Hoeven, M., Assink, M., Stams, G. J. J. M., Daams, J. G., Lindauer, R. J. L., & Hein, I. (2023). Victims of child abuse dropping out of trauma-focused treatment: A meta-analysis of risk factors: A Meta-Analysis of Risk Factors. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *16*, 269-283. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00500-2>
- Van der Pol, T. M., Hoeve, M., **Noom, M. J.**, Stams, G. J. J. M., Doreleijers, T. A. H., Van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. J. M. (2017). Research review: The effectiveness of

- multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems—A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(5), 532–545. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12685>
- Vermeiren, R. R. J. M., **Noom, M. J.**, Carlier, I. V. E., Markus, M. T. & Zitman, F. G. (2011). Routine Outcome Monitoring: De kunst van het benchmarken. In S. van Hees, P. H. van der Vlist, & N. Mulder (Red.), *Van weten naar meten: ROM in de GGZ* (pp. 207-216). Amsterdam: Boom.
- Wiesner, M., Capaldi, D. M., & Patterson, G. R. (2003). Development of antisocial behavior and crime across the life-span from a social interactional perspective: The coercion model. In: R. L. Akers, & G. F. Jensen (Eds.), *Social learning theory and the explanation of crime: A guide for the new century* (Advances in Criminological Theory, Vol. 11, pp. 317–337), New Brunswick, NJ: Transaction.
- World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva (No. WHO/HSC/PVI/99.1)*. World Health Organization.
- Young, S., Greer, B., & Church, R. (2017). Juvenile delinquency, welfare, justice and therapeutic interventions: a global perspective. *BJPsych bulletin*, 41(1), 21–29. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.052274>

7. Biografie

Marc Noom is geboren (1966) en opgegroeid in Amsterdam. Na zijn studie ontwikkelingspsychologie, aan de Universiteit van Amsterdam (1985-1992), is hij gepromoveerd op de ontwikkeling van autonomie bij adolescenten aan de Universiteit Utrecht (1993-1999). Vervolgens was hij daar postdoctoraal onderzoeker en hield hij zich bezig met de wisselwerking tussen ouders en leeftijdgenoten bij de psychosociale ontwikkeling van jongeren (1999-2002). Daarna werkte hij als universitair docent bij de Universiteit Leiden, waar hij zich verdiepte in probleemgedrag van jongeren, en de effectiviteit van interventies (2002-2007). Na vijftien jaar op diverse universiteiten gewerkt te hebben, was hij nieuwsgierig geworden naar de wereld van toepassingsgericht onderzoek in het werkveld. Hij werkte als senior onderzoeker bij PI Research aan methodiekontwikkeling en deed er onderzoek naar de jeugdzorg (2007-2009). Vervolgens ging hij aan de slag als *principal investigator* bij de afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie bij het Leids Universitair Medisch Centrum, ook weer rondom effectiviteit van interventies (2009-2012). Dit onderzoek zette hij voort bij de Viersprong, een gespecialiseerd centrum voor persoonlijkheid, gedrag en gezin (2012-2014). Daarna ging hij werken als senior onderzoeker bij de afdeling Forensische kinder- en jeugdpsychiatrie van GGzE (2015-2016). Tegelijkertijd startte hij als senior onderzoeker bij de afdeling Psychiatrie van het Zaans Medisch Centrum (2014-2019). In 2016 keerde hij weer terug op de Universiteit van Amsterdam bij de afdeling Forensische orthopedagogiek, waar hij nu universitair docent is en zich bezighoudt met problematiek en behandeling binnen de forensische jeugdzorg. Sinds 2020 is hij daarnaast begonnen als bijzonder lector bij de Hogeschool van Amsterdam, eveneens op het gebied van de forensische jeugdzorg. De thema's waar hij zich gedurende zijn loopbaan steeds verder in verdiept heeft, zijn oorzaken en achtergronden van ernstig probleemgedrag bij jongeren, de evaluatie van de effectiviteit van interventies en de uitdagingen die er in deze context zijn bij het meten van gedrag.

De forensische jeugdzorg richt zich op twee groepen jongeren, die opgroeien in zeer ingewikkelde omstandigheden: jongeren die slachtoffer zijn van mishandeling, misbruik of huiselijk geweld en jongeren die regeloverschrijdend, antisociaal of delinquent gedrag vertonen.

Zorg voor deze complexe doelgroep jongeren is per definitie een uitdaging: hun situatie is bijna altijd een optelsom van veel factoren, die op verschillende manieren op elkaar ingrijpen. De jongeren groeiden vaak jarenlang op in deze situatie, waardoor patronen in hun gedrag en in hun relaties zich hardnekkig hebben vastgezet. Professionals die met deze doel-

groepen werken, proberen met veel inzet, creativiteit, optimisme en doorzettingsvermogen de jongeren met kleine stappen te helpen naar verbeteringen in hun leefomstandigheden. Hoe effectief is deze zorg en hoe kunnen we de effectiviteit van de forensische jeugdzorg verder verbeteren?

In zijn lectorale rede gaat Marc Noom in op de uitdagingen die er in de forensische jeugdzorg zijn in het werken met deze doelgroep. Welke gegevens worden er verzameld? Wat zeggen deze gegevens over de effectiviteit van de zorg? Hoe kunnen we deze gegevens gebruiken om de praktijk beter te ondersteunen in het bieden van effectieve zorg?

ISBN 9789463014953

