



kwaliteit
forensische
zorg *jeugd*

2023

Behandelmotivatie in de forensische jeugdzorg

Literatuurstudie

Dr. Margriet Lenkens (Onderzoeksinstituut IVO)
Simone 't Hooft, MSc (Onderzoeksinstituut IVO)
Prof. dr. Gera Nagelhout (Onderzoeksinstituut IVO)

Datum van publicatie: januari 2023

Colofon

Deze publicatie/dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ-J. Het Programma KFZ-J heeft daarnaast zorggedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ-J het projectmanagement.

Dit rapport is in opdracht van de commissie Kwaliteit Forensische Zorg Jeugd (KFZ-J) als uitwerking van call 2021-19 tot stand gekomen en is een productie van Onderzoeksinstituut IVO. Voor meer informatie, mail naar lenkens@ivo.nl.

© KFZ-J: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



Inhoudsopgave

1. Samenvatting/Abstract	7
2. Inleiding	9
2.1 Aanleiding.....	9
2.2 Doelstelling en onderzoeksvragen	9
2.3 Theoretisch kader	10
2.3.1 Transtheoretisch model	10
2.3.2 Zelfdeterminatietheorie	12
2.4 Afbakening in dit onderzoek	13
2.5 Leeswijzer	13
3. Methodebeschrijving	15
3.1 Literatuurstudie	15
3.1.1 Zoeken en selecteren van de literatuur.....	15
3.1.2 Data-extractie	18
3.1.3 Beoordeling kwaliteit.....	18
3.1.4 Aanvullende zoektocht naar literatuur over interventies.....	19
3.2 Expertgroep jongeren.....	19
3.2.1 Doel en opzet.....	19
3.2.2 Deelnemers	19
3.2.3 Werkwijze.....	19
3.3 Expertsessie praktijkprofessionals.....	20
4. Resultatenbeschrijving literatuurstudie	21
4.1 Kenmerken geïnccludeerde studies.....	21
4.1.1 Typen onderzoek	21
4.1.2 Settings	21
4.1.3 Steekproeven.....	21
4.2 Factoren die mogelijk samenhangen met behandelmotivatie	22
4.2.1 Verbondenheid	22
4.2.2 Autonomie	23
4.2.3 Competentie	24
4.2.4 Houding, werkwijze en professionaliteit van hulpverleners	24
4.2.5 Behandelomgeving	25
4.2.6 Behandeling.....	25
4.2.7 Sociaal netwerk.....	26
4.2.8 Problematiek jongeren	27
4.2.9 Demografische kenmerken	30
4.3 Interventies gericht op motivatie	30
5. Resultatenbeschrijving expertgroep jongeren	32

5.1 Eerste bijeenkomst	32
5.1.1 Een goede band met de behandelaar (verbondenheid)	32
5.1.2 Je mag meebeslissen (autonomie)	33
5.1.3 Hulpverleners geven het gevoel dat je het kunt (competentie)	33
5.1.4 De rol van ouders	33
5.1.5 Aanvullingen vanuit jongeren	33
5.2 Tweede bijeenkomst	33
5.2.1 Perspectief bieden	33
5.2.2 De rol van ouder(s)/verzorger(s)	34
5.2.3 Wat moet een hulpverlener niet doen?	34
5.2.4 Wat moet een hulpverlener wel doen?.....	34
6. Resultaten expertsessie	35
6.1 De rol en de plek van de ouder(s)/verzorger(s)	35
6.2 Wat werkt bij welke problematiek?.....	35
6.3 Het bieden van toekomstperspectief.....	35
6.4 Typen behandeling.....	35
6.5 Verbondenheid	36
7. Discussie en conclusie	37
7.1 Bevindingen	37
7.1.1 Statische en dynamische factoren.....	37
7.1.2 Houding en werkwijze van professionals	38
7.1.3 Behandelcontext en behandeling	38
7.1.4 Effectieve of veelbelovende interventies	39
7.1.5 Thema's project 'Back to the Future'	40
7.2 Beperkingen van het huidige onderzoek	40
7.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek.....	41
7.4 Aanbevelingen voor de praktijk	42
7.4.1 Aanbevelingen voor de forensische jeugdzorg	42
7.4.2 Aanbevelingen voor hulpverleners in de forensische jeugdzorg	42
8. Bijlagen	45
8.1 Geïnccludeerde studies	46
8.2 Referenties	49
8.3 Onderzoeksteam.....	53
8.4 Begeleidingscommissie	53
8.5 Data-extractieformulier	54
8.6 Beoordeling kwalitatieve artikelen.....	56
8.7 Beoordeling kwantitatieve artikelen.....	57

1. Samenvatting/Abstract

Samenvatting

Jongeren in de forensische jeugdzorg hebben vaak weinig motivatie voor behandeling. Ze hebben in veel gevallen niet zelf gekozen voor hulpverlening en hebben regelmatig eerdere negatieve behandelervaringen. Behandelmotivatie is echter wel van belang voor het behalen van positieve behandelresultaten. Daarbij wordt behandelmotivatie in belangrijke mate bepaald door factoren in de omgeving en kunnen hulpverleners een belangrijke rol spelen in het vergroten ervan. Een grote behandelmotivatie voorspelt zowel deelname aan behandeling, als het voltooien ervan. Terwijl een lage behandelmotivatie geassocieerd is met uitval en recidive.

Om meer zicht te krijgen op de te beïnvloeden factoren die samenhangen met behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg voerden we een onderzoek uit in opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg Jeugd (KFZ-J). Het onderzoek bestond uit een systematische literatuurstudie, twee bijeenkomsten met een expertgroep van jongeren die zelf met forensische jeugdzorg te maken hebben (gehad) en een digitale expertsessie met professionals uit de praktijk.

In de literatuurstudie includeerden we 23 wetenschappelijke artikelen en keken we welke factoren samenhangen met behandelmotivatie. We vonden met name bewijs voor het belang van verbondenheid (werkrelatie met hulpverlener) en ervaren autonomie. Daarnaast bleken kenmerken van de behandeling, de behandelomgeving en de behandelaren een rol te spelen. Ook het type en de ernst van de problematiek van een jongere, en met name de mate waarin die daar zelf last van heeft, hangt samen met de behandelmotivatie.

Tijdens de bijeenkomsten met jongeren gingen we dieper in op de bevindingen en maakten we de aanbevelingen concreter. De belangrijkste aspecten voor behandelmotivatie zijn volgens de jongeren het hebben van een goede relatie met de hulpverlener, mogen meebeslissen over de behandeling en het gevoel hebben dat er naar je geluisterd wordt.

In de expertsessie met praktijkprofessionals hebben we tot slot gesproken over het belang van toekomstperspectief bieden door de hulpverlening aan jongeren en de rol van ouder(s)/verzorger(s) bij de behandeling.

Op basis van de resultaten van onze literatuurstudie en de input van jongeren en praktijkprofessionals hebben we aanbevelingen geformuleerd voor het vergroten van de behandelmotivatie van jongeren in de forensische jeugdzorg. Hieronder vallen bijvoorbeeld het faciliteren en opbouwen van een vertrouwensband met jongeren, jongeren een stem geven in hun behandeling, en het bieden van mogelijkheden en toekomstperspectief.

Abstract

Young people in forensic youth care often have little motivation for treatment. In many cases they have not chosen for treatment themselves, and they often have previous negative treatment experiences. However, treatment motivation is important for achieving positive treatment results. To a large extent, treatment motivation is influenced by factors in the environment and care providers can play an important role in increasing it. A larger treatment motivation predicts both treatment participation and completion, while low treatment motivation is associated with drop-out and recidivism.

In order to gain more insight into the factors that can be influenced that are related to treatment motivation in young people in forensic youth care, we conducted a study commissioned by the program *Kwaliteit Forensische Zorg Jeugd* (KFZ-J). The study consisted of a systematic literature review, two meetings with an expert group of young people who themselves are or have been involved in forensic youth care, and a digital expert session with professionals from the field.

In the literature review we included 23 scientific articles and examined which factors are associated with treatment motivation. In particular, we found evidence for the importance of relatedness (working relationship with care provider) and perceived autonomy. In addition, characteristics of the treatment, the treatment environment and the practitioners also appeared to play a role. The type and severity of a young person's problem, and in particular the extent to which they suffer from it, is also associated with treatment motivation.

During the meetings with young people, we discussed the findings in more detail and made the recommendations more concrete. According to the young people, the most important aspects for treatment motivation are: having a good relationship with the care provider, being allowed to participate in decisions about treatment and feeling that you are being listened to. Finally, in the expert session with practitioners, we discussed the importance of providing perspective for the future by providing care for young people and the role of parent(s)/guardian(s) in treatment.

Based on the results of our literature study and the input of young people and practitioners, we formulated several recommendations for increasing the treatment motivation of young people in forensic youth care. These include facilitating and developing a strong working relationship with young people, give young people a voice in their treatment, and offering them possibilities and perspective for the future.

2. Inleiding

2.1 Aanleiding

Jongeren in de forensische jeugdzorg hebben vaak weinig motivatie voor behandeling (Harder et al., 2015; Van Binsbergen, 2003). Dit kan te maken hebben met de veelal verplichte aard van hulpverlening (Verdonck & Jaspert, 2009). Jongeren komen namelijk meestal in de forensische jeugdzorg terecht als zij een strafbaar feit hebben gepleegd, of als het risico daarop groot geacht wordt, en de rechter besluit dat behandeling en/of begeleiding nodig is. In het vrijwillige kader kan het zijn dat jongeren in de forensische jeugdzorg terechtkomen als er sprake is van agressie, en/of als een jongere vastloopt thuis, op school of buiten. Naast dat jongeren in de meeste gevallen niet voor forensische jeugdzorg hebben gekozen, hebben zij regelmatig negatieve ervaringen in de thuissituatie en met eerdere hulpverlening (Lenkens et al., 2019). Zulke ervaringen, waarbij jongeren zich bijvoorbeeld niet serieus genomen voelden, kunnen maken dat zij pessimistisch zijn over het nut van hulpverlening en wantrouwend tegenover hulpverleners (Lodewijks, 2007; Harder, 2011; Lenkens et al., 2019; Rickwood et al., 2007).

Een gebrek aan motivatie voor behandeling kan problematisch zijn, want een grotere behandelmotivatie voorspelt deelname aan behandeling en voltooiing ervan (Ward et al., 2004) én is van belang voor het behalen van positieve behandelresultaten (Barrett et al., 2003; Harder et al., 2012; Olver et al., 2011; Van Binsbergen, 2003). Andersom is een lage behandelmotivatie geassocieerd met uitval en recidive (Mulder et al., 2011; Olver et al., 2011).

De behandelmotivatie is relevant voor het inrichten en afstemmen van de behandeling op de cliënt. Volgens het *Risk-Need-Responsivity*-model (RNR; Andrews et al., 1990) moet voor succesvolle rehabilitatie aan drie kernprincipes worden voldaan:

1. Allereerst is het nodig dat de intensiteit van de interventie aansluit bij het risico op recidive (*risk*).
2. Daarnaast moet de interventie zich richten op de criminogene factoren, oftewel de kenmerken, risicofactoren en problemen (in het leven) van de persoon die een directe relatie hebben met het delictgedrag (*needs*).
3. Tot slot dient de interventie aan te sluiten bij de persoon van de cliënt. Dat betekent dat deze aangepast wordt aan de cognitieve en sociale capaciteiten, sterktes, persoonlijkheid, en ook de motivatie van de cliënt (*responsivity*) (Andrews & Bonta, 2010).

Het laatste kernprincipe schrijft dus voor dat er binnen de interventie aandacht moet zijn voor de motivatie voor verandering en behandeling van de cliënt. Onderzoekers Ogloff en Davis (2004) beschrijven dat een gebrek aan motivatie responsiviteit kan verhinderen, en stellen daarom voor om hier aandacht aan te besteden voordat gestart wordt met de behandeling die gericht is op de criminogene factoren.

Werken aan een sterkere behandelmotivatie van jongeren in de forensische jeugdzorg is dus belangrijk en nodig. Daarbij is een overzicht van met name dynamische (dat wil zeggen: te veranderen) factoren die hierop van invloed kunnen zijn behulpzaam.

2.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Dit rapport is tot stand gekomen in opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg Jeugd (KFZ-J). Het doel was om te onderzoeken wat te beïnvloeden factoren en (werkzame elementen van) effectieve werkwijzen zijn gericht op het vergroten van de behandelmotivatie bij jongeren van 12 tot en met 24 jaar in de forensische jeugdzorg. De volgende onderzoeksvragen staan hierbij centraal:

1. Wat zijn statische en dynamische factoren bij jongeren in de forensische jeugdzorg die de behandelmotivatie beïnvloeden? Wat is bekend over de invloed van het gevoel van autonomie, verbondenheid (o.a. werkalliantie/behandelrelatie) en competentie van een jongere?
2. Op welke manier kunnen houding en werkwijze van professionals de gevonden dynamische factoren beïnvloeden, rekening houdend met relevante statische factoren?
3. Op welke manier kunnen de bredere behandelcontext en aspecten in de behandeling en begeleiding de gevonden dynamische factoren beïnvloeden, rekening houdend met relevante statische factoren?

4. Wat is bekend over werkzame elementen bij het vergroten van de behandelmotivatie die op deze relevante kenmerken van jongeren, de professional en aspecten van behandeling en begeleiding inspelen?
5. Wat zijn effectieve of veelbelovende interventies en werkwijzen voor het beïnvloeden van behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg, bijvoorbeeld afkomstig uit motiverende gespreksvoering, de positieve psychologie en *shared decision making*?

2.3 Theoretisch kader

Behandelmotivatie kent verschillende definities. Op basis van een literatuurstudie naar de conceptualisering van behandelmotivatie definiëren Drieschner en collega's (2004) het concept als de motivatie van een persoon om in behandeling te gaan ("*to engage in treatment*"). Volgens het integrale model voor behandelmotivatie, dat zij ontwikkelden, zijn er zes interne determinanten, bestaande uit cognitieve factoren, die de mate van behandelmotivatie kunnen voorspellen:

1. Probleemherkenning
2. Lijdensdruk
3. Ervaren externe druk
4. Ervaren kosten van de behandeling
5. Ervaren geschiktheid van de behandeling
6. Verwachte uitkomsten

Daarnaast zijn er factoren die invloed hebben op deze interne factoren, namelijk: externe factoren (bijvoorbeeld juridische druk), behandelfactoren (bijvoorbeeld motivationele interventies) en individuele factoren (bijvoorbeeld persoonlijkheid). Behandelmotivatie hangt dus samen met en kan worden afgemeten aan *treatment engagement*: de mate waarin iemand zich actief inzet of medewerking aan de behandeling laat zien (Drieschner et al., 2004; Englebrecht et al., 2008). Een andere term die raakt aan behandelmotivatie is *readiness*. In de context van personen die delicten hebben gepleegd, wordt dit concept gedefinieerd als de aanwezigheid van kenmerken van de cliënt of de therapeutische situatie, die waarschijnlijk de betrokkenheid bij therapie vergroten (en daarmee ook de kans op gedragsverandering). *Readiness* wordt gezien als een breder begrip, waar motivatie onderdeel van uitmaakt (Howells & Day, 2003).

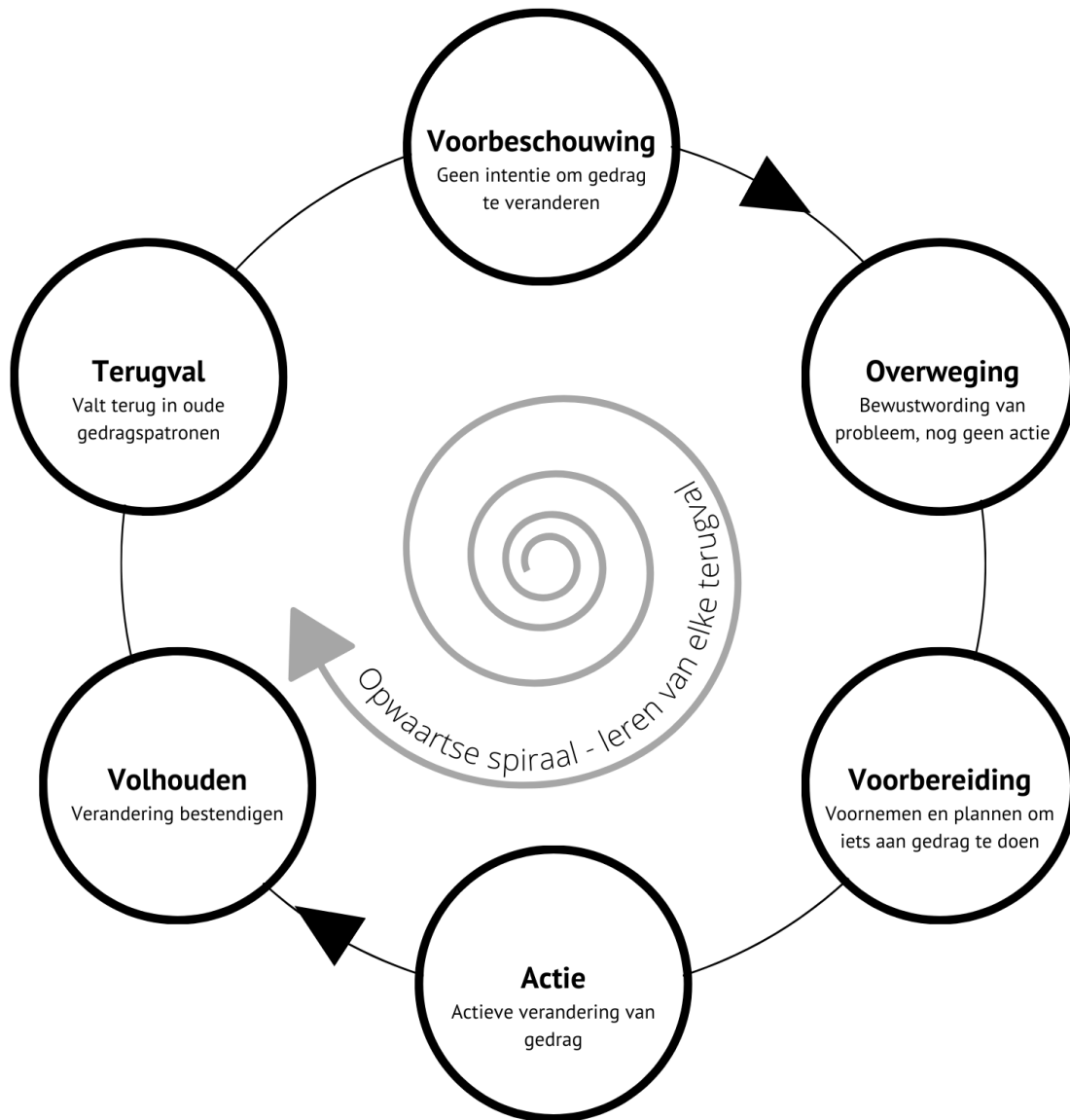
Behandelmotivatie is een dynamisch construct, en kan bovendien afhankelijk zijn van de situatie waarin iemand zich bevindt. Twee theorieën die laten zien hoe motivatie zich kan ontwikkelen, zijn het transtheoretisch model en de zelfdeterminatietheorie, die we hieronder bespreken.

2.3.1 Transtheoretisch model

Een bekend model van motivatie is het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente (1982). Volgens dit model is de ontwikkeling van motivatie een cyclisch proces. In de eerste fase (voorbeschouwing) ervaart de persoon zelf geen probleem, maar anderen mogelijk wel. In de tweede fase (overweging) wordt de persoon zich steeds meer bewust van de aanwezigheid van het probleem en overweegt deze er iets aan te doen, maar onderneemt nog geen actie. In de derde fase (voorbereiding) neemt de persoon zich voor om iets aan het probleemgedrag te doen en maakt deze plannen hiervoor, om in de vierde fase (actie) het gedrag actief te veranderen. In de vijfde fase (volhouden) probeert de persoon het nieuwe gedrag vol te houden en te integreren met andere activiteiten, en niet terug te vallen. Vaak lukt het tijdens een eerste poging niet om het nieuwe gedrag volledig vol te houden. De zesde fase is dan ook terugval, waarna het proces opnieuw begint (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Zie figuur 1 voor een weergave van de cyclus.

Figuur 1

Schematische weergave van het transtheoretisch model



Het transtheoretisch model gaat dus met name over motivatie voor gedragsverandering. Dit is niet hetzelfde als motivatie voor behandeling, aangezien iemand ook van plan kan zijn om zonder hulp van anderen het gedrag te veranderen. Wel is er een relatie tussen motivatie voor gedragsverandering en behandelmotivatie. Het model impliceert dat het openstaan voor behandeling samenhangt met de fase waarin de persoon zich bevindt. Iemand die zich bijvoorbeeld in de fase van voorbeschouwing bevindt, en zich nog niet bewust is van een probleem, zal waarschijnlijk weinig nut zien in behandeling en zich daar ook niet actief voor inzetten. Aansluitend op het principe dat motivatie in fases verloopt, blijkt uit meerjarig kwalitatief onderzoek onder Nederlandse jonge veelplegers dat in het proces van het stoppen met een criminele routine vier fases onderscheiden kunnen worden:

1. Volharden
2. Erkennen
3. Voorbereiden
4. Consolideren

Op basis hiervan wordt ook gesteld dat met name bij degenen in de fase van 'erkennen' het zinvol is om de twijfel over het stoppen met criminele activiteiten verder te doen toenemen en de motivatie tot behandeling te vergroten (Weijers, 2022).

Het transtheoretisch model is waardevol voor het begrijpen en beschrijven van motivatie, onder andere omdat het laat zien dat motivatie een dynamisch fenomeen is en dat terugval een normaal onderdeel is van de gedragsverandering. Er is echter ook kritiek op het model. Zo zouden de verschillende stadia in de praktijk niet gemakkelijk van elkaar te onderscheiden zijn, en doorloopt iemand de stadia niet per se in de genoemde volgorde (Littell & Girvin, 2002). Ook is het niet duidelijk hoe en waarom iemand van het ene naar het andere stadium gaat (Armitage & Arden, 2002). Dit betekent ook dat vanuit het model niet logisch volgt hoe iemands behandelmotivatie versterkt kan worden.

2.3.2 Zelfdeterminatietheorie

De zelfdeterminatietheorie van Ryan en Deci (2000) biedt mogelijk meer concrete aanknopingspunten voor het versterken van de behandelmotivatie. De vormen van motivatie lopen van gecontroleerde motivatie tot autonome motivatie. Een schematische weergave van deze motivatietheorie is te zien in figuur 2. Allereerst worden vier vormen van extrinsieke motivatie onderscheiden:

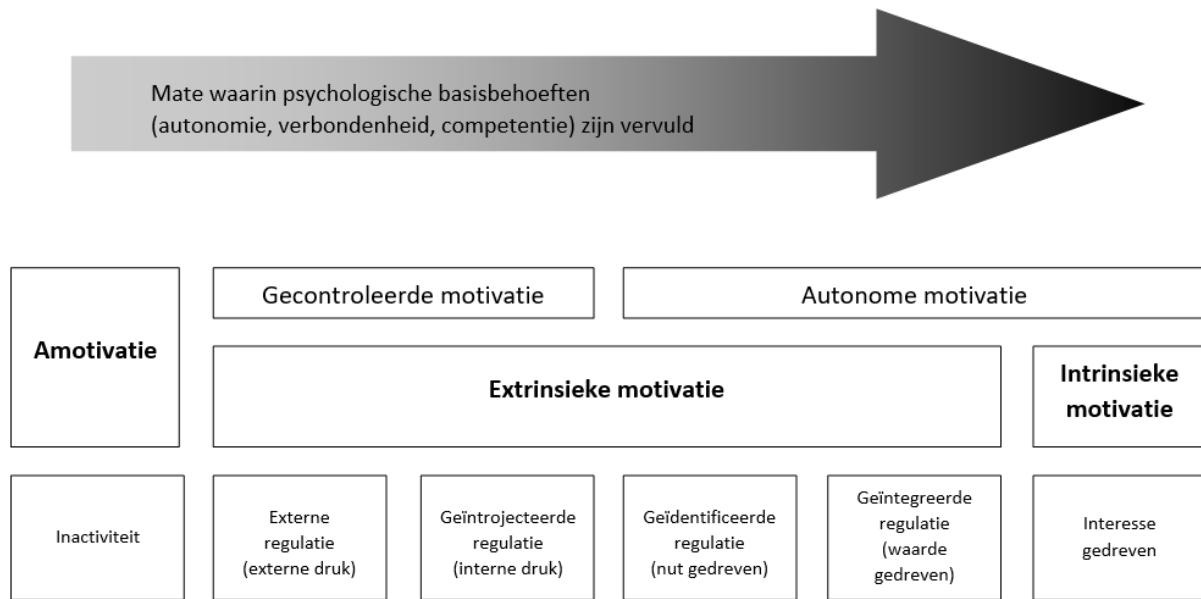
1. externe regulatie
2. geïntrojecteerde regulatie
3. geïdentificeerde regulatie
4. geïntegreerde regulatie

Bij externe regulatie doet iemand iets vanwege sociale druk of om een beloning te verkrijgen of juist een straf te vermijden. Bij geïntrojecteerde regulatie wordt iemand gedreven door gevoelens van schuld, schaamte en angst. Van geïdentificeerde regulatie is sprake als de persoon iets doet omdat deze het zelf belangrijk vindt; de persoon herkent en accepteert hierbij het nut van bepaald gedrag. De meest volledige internalisatie van extrinsieke motivatie is geïntegreerde regulatie. Hierbij vindt iemand het gedrag zelf belangrijk en sluit het gedrag aan bij de waarden en behoeften die iemand heeft. De meest autonome vorm van motivatie is intrinsieke regulatie, wanneer iemand iets doet voor het innerlijk genot of vanuit pure interesse. Tot slot spreekt de theorie over de aparte categorie amotivatie, waarbij personen niet ervaren dat zij hun eigen gedrag kunnen reguleren en daarom ook niet de intentie hebben om zich op een bepaalde manier te gedragen. Hierbij is er een grote kans dat iemand behandeling afwijst.

Ook stelt de theorie dat iemand meer gemotiveerd zal zijn om bepaalde doelen te bereiken als er voldaan is aan drie psychologische basisbehoeften: autonomie, verbondenheid en competentie. Een persoon zou dus meer gemotiveerd zijn als deze vrijheid en een gevoel van zelfbeschikking ervaart, het gevoel heeft verbonden te zijn met anderen en ergens bij te horen, en het gevoel ervaart over de benodigde vaardigheden te beschikken om de doelen te bereiken. Als deze behoeften daarentegen onvoldoende vervuld zijn of zelfs gefrustreerd of belemmerd worden, zal iemand minder gemotiveerd zijn.

Deze theorie is, net als het transtheoretisch model, niet toegespitst op motivatie voor behandeling. Doordat de theorie wel wat dieper ingaat op factoren die zouden bijdragen aan meer motivatie, namelijk de drie psychologische basisbehoeften, geeft deze meer concrete aanknopingspunten om behandelmotivatie te versterken.

Figuur 2
Schematische weergave van de zelfdeterminatietheorie



2.4 Afbakening in dit onderzoek

In dit onderzoek richten we ons specifiek op behandelmotivatie, dus de motivatie van een jongere om in behandeling te gaan ("to engage in treatment"). Studies waarin algemene motivatie of motivatie tot gedragsverandering centraal staat, laten we buiten beschouwing. Zeker bij de doelgroep van jongeren in de forensische jeugdzorg, die vaak veel waarde hecht aan autonomie en zelf bepalen (Lenkens et al., 2019; Moffitt, 1993; Brezina, 2008; Samuels & Pryce, 2008), betekent verandering willen niet hetzelfde als openstaan voor en meewerken aan behandeling waarbij anderen, zoals hulpverleners, betrokken zijn. Daarnaast keken we bij de selectie van de studies naar de wijze waarop die behandelmotivatie operationaliseren. Als er sprake was van puur gedragsmatige uitkomstmaten, bijvoorbeeld het wel of niet voltooiën van een behandeling of het aantal bijgewoonde behandelsessies, includeerden we de studie niet. Deze keuze maakten we, omdat resultaten op deze uitkomstmaten wel iets kunnen zeggen over behandelmotivatie, maar dit niet per definitie doen, met name in een setting van gedwongen behandeling. Zo zou het kunnen zijn dat iemand zonder echte behandelmotivatie toch een behandeling volgt of voltooit (bijvoorbeeld vanwege strafrechtelijke gevolgen, of angst daarvoor), of dat iemand die wel gemotiveerd is voor behandeling, uitvalt (bijvoorbeeld wanneer de behandeling niet aansluit bij diens cognitieve vermogens). Dit sluit aan bij onze focus op de meer autonome vormen van motivatie; studies die enkel gaan over behandelmotivatie op basis van beloning of straf, namen we niet mee.

Ook werd in sommige artikelen de term behandelmotivatie gebruikt, maar bleken de auteurs in de definitie en operationalisering ervan (ook) andere concepten te betrekken, die wij niet onder behandelmotivatie verstaan. Zo werd de werkalliantie soms gezien en gemeten als onderdeel van de behandelmotivatie, terwijl wij dit als een afzonderlijk concept zien. Bij het bespreken van de resultaten gaan we zo veel mogelijk in op (relaties van voorspellers met) concepten die voldoende overeenkomen met onze interpretatie van behandelmotivatie. Tot slot namen we in onze studie allerlei voorspellers mee die invloed zouden kunnen hebben op behandelmotivatie, maar besteden wij in het bespreken van de resultaten met name aandacht aan de zogenoemde dynamische (veranderbare) factoren, omdat deze voor de praktijk van de forensische jeugdzorg het meest interessant en relevant zijn.

2.5 Leeswijzer

Dit rapport start met in **Hoofdstuk 3** een methodebeschrijving waarin we onze onderzoeksopzet en aanpak van de literatuurstudie, de bijeenkomsten met jongeren en de expertsessie beschrijven. In **Hoofdstuk 4** bespreken we vervolgens de bevindingen van onze literatuurstudie naar elementen die samenhangen met behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg. De resultaten van de

bijeenkomsten met de expertgroep van jongeren beschrijven we in **Hoofdstuk 5**. In **Hoofdstuk 6** bespreken we de bevindingen vanuit de expertsessie met professionals uit de praktijk. In de discussie van **Hoofdstuk 7** reflecteren we op de bevindingen van ons onderzoek, gaan we in op de beperkingen en presenteren we onze aanbevelingen voor onderzoek en de praktijk. **Hoofdstuk 8** bevat enkele bijlagen behorend bij ons onderzoek.

3. Methodebeschrijving

3.1 Literatuurstudie

Het grootste deel van dit onderzoek betrof een systematische literatuurstudie naar behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg. Hieronder bespreken we de verschillende stappen van dit proces.

3.1.1 Zoeken en selecteren van de literatuur

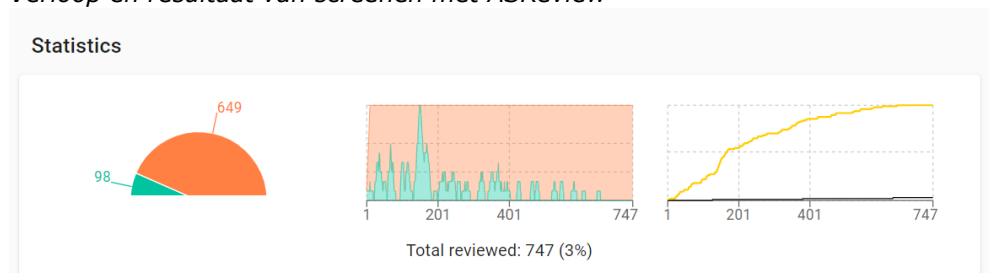
De zoekstrategie stelden we op in samenwerking met een informatiespecialist van de Erasmus Universiteit Rotterdam. De zoekstrategie bevatte verschillende zoektermen, passend bij:

1. De leeftijdscategorie van de doelgroep ('adolescents', 'youth', 'young adults');
2. De problematiek van de doelgroep ('crime', 'antisocial behavior', 'conduct disorder') of de setting waarin zij zorg zouden kunnen ontvangen ('correctional facility', 'juvenile justice', 'residential care'); en
3. Behandelmotivatie ('motivation', 'readiness', 'treatment engagement') of de belangrijkste motivatietheorieën ('self-determination', 'transtheoretical').

We zochten naar relevante artikelen in negen databases: Cochrane Trials, Cochrane Reviews, Embase, ERIC, Google Scholar, PsycInfo, PubMed, Scopus en Web of Science. We beperkten onze *search* tot Engelstalige artikelen gepubliceerd sinds 2000. Dit leverde in totaal 44.138 referenties op. Na ontdebellen, bleven daarvan 24.873 unieke referenties over. Twee onderzoekers screenen deze referenties op relevantie, waarbij we gebruikmaakten van ASReview.¹ Door *machine learning* en *active learning* leert dit programma van de keuzes die de onderzoekers maken (wel/niet relevant), waardoor de referenties steeds meer op volgorde van verwachte inclusie worden gepresenteerd. Een bijkomend voordeel is dat namen en jaartallen van de studies niet zichtbaar zijn tijdens het screenen, waardoor de kans op bias kleiner wordt. Per referentie lazen we in ASReview de titel en het abstract (samenvatting) en beoordeelden we of de referentie voldeed. Hierbij ging het om de leeftijdscategorie van jongeren (12-24 jaar), de doelgroep forensische jeugdzorg en motivatie voor behandeling. Als uit het abstract niet duidelijk werd of het artikel relevant was, zochten we de volledige tekst op. Vooraf bepaalden we dat het screenen voltooid zou zijn, wanneer we 100 irrelevante referenties achtereenvolgend zouden tegenkomen, of wanneer we 1.000 referenties hadden bekeken met daarbij 50 irrelevante referenties achtereenvolgend. Uiteindelijk beoordeelden we 747 referenties, waarvan 98 als relevant. Zie figuur 3 voor een visuele weergave van het verloop en het resultaat van het screenen van de titels en abstracts.

Figuur 3

Verloop en resultaat van screenen met ASReview



Van links naar rechts: totaalresultaat (98 relevant, 649 irrelevant); verloop van het screenen met groene pieken voor het aantal relevante referenties per 10 beoordeelde referenties; verloop van het screenen met gele lijn voor het totaal aantal relevante referenties.

De zeven referenties die naar registraties van trials verwezen, checkten we en als deze hadden geleid naar artikelen die mogelijk interessant zouden zijn voor de literatuurstudie vervingen we deze. Dit bracht ons op een totaal van 95 artikelen. Vervolgens bekeken we van 91 (van 95) artikelen het volledige artikel om te besluiten over uiteindelijke inclusie. De overige vier (van 95) waren niet vindbaar en hebben we ook niet kunnen verkrijgen via de auteur.

¹ <https://asreview.nl/>

Voor het includeren van de literatuur werkten we onze inclusie- en exclusiecriteria nog concreter uit op basis van wat we tijdens het screenen tegenkwamen. Bij dilemma's rondom het wel of niet includeren van bepaalde artikelen, gingen de onderzoekers met elkaar in gesprek en scherpten ze de criteria aan. Deze criteria zijn weergegeven in Tabel 1, waarbij in de tweede kolom de verschillende opties die tot inclusie leiden zijn beschreven.

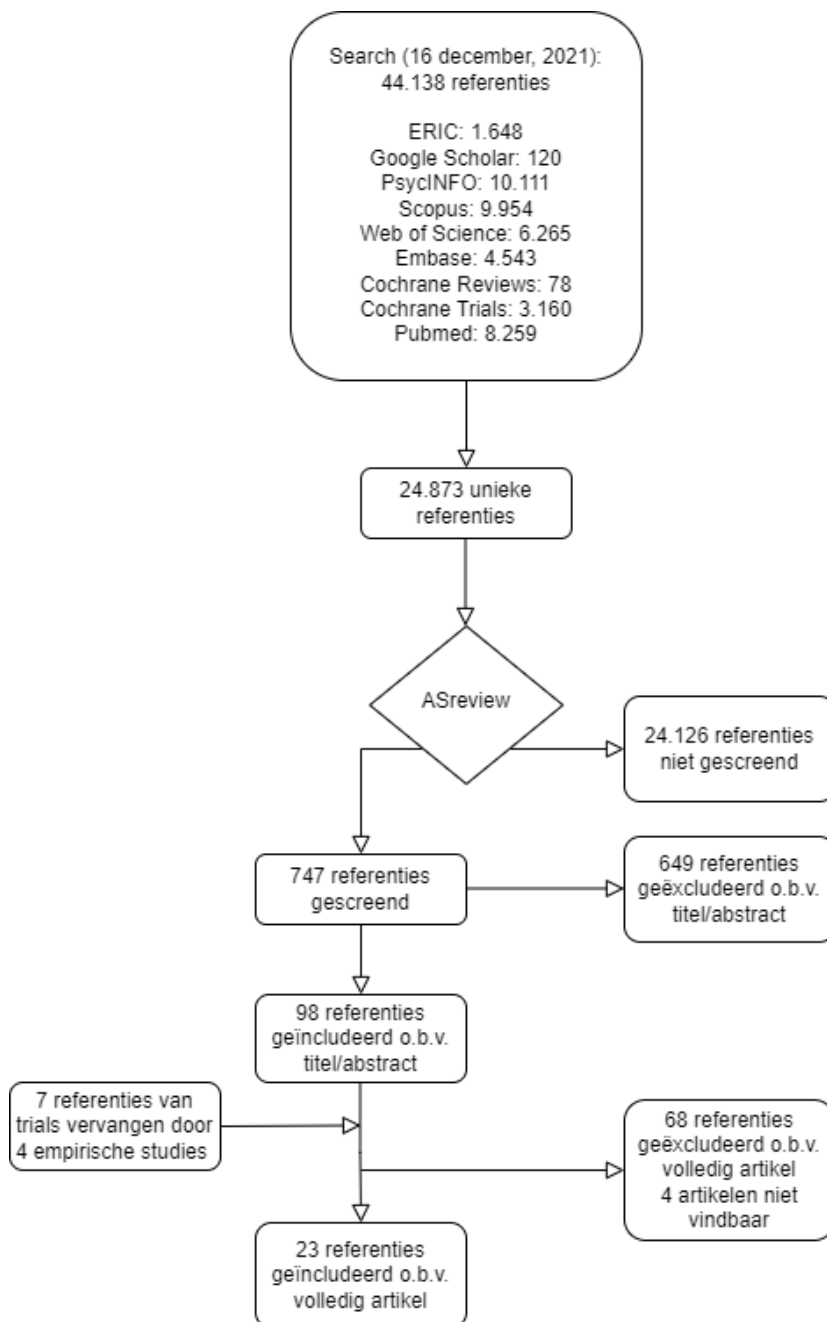
Tabel 1

Inclusie- en exclusiecriteria

	Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Leeftijd	In de <u>sample</u> zitten in elk geval deelnemers van 12 t/m 24 jaar.	Alles wat niet onder inclusiecriteria voor leeftijd valt.
Jongeren en jongvolwassenen van 12 t/m 24 jaar.	<ul style="list-style-type: none"> a. Range: minstens de helft van de bestudeerde leeftijden is tussen de 12 en 24 jaar oud (bijv. een studie over 18-33-jarigen wordt niet geïncludeerd en een studie over 18-26-jarigen wordt wel geïncludeerd). b. Range niet aanwezig? → Gemiddelde leeftijd is ≥ 10 en < 30. c. Gemiddelde niet aanwezig? → Mediaan is ≥ 10 en < 30. 	
Forensische jeugdzorg	<ul style="list-style-type: none"> a. Het onderzoek is (minstens deels) gedaan in een duidelijk forensische jeugdsetting, bijv. 'juvenile justice institution', 'youth correctional facility', 'youth prison', 'incarcerated youth'. b. Het onderzoek is uitgevoerd in Nederland bij een jeugdzorginstelling, bijv. 'residential youth care' of 'mandated residential treatment' + er lijkt sprake van problematisch externaliserend gedrag waarvoor iemand met politie/justitie in aanraking is gekomen of zou kunnen komen. c. Het onderzoek is uitgevoerd onder jongeren die behandeling/hulp/zorg/begeleiding krijgen (kan zowel klinisch als ambulant zijn) + bij wie (in elk geval deels) sprake is van problematisch externaliserend gedrag waarvoor iemand met politie/justitie in aanraking is gekomen of zou kunnen komen of van een doorverwijzing vanuit justitie (bijv. 'referred by the criminal justice system' of 'court-ordered treatment'). d. De behandeling lijkt specifiek gericht op middelengebruik en het is niet duidelijk of er ook sprake is van ander probleemgedrag of politie/justitiecontacten, maar voor in elk geval een deel van de sample geldt dat de behandeling is opgelegd (bijv. door 'drug courts' of 'juvenile justice agencies'). 	<p>Er is alleen sprake van internaliserende problematiek (angst, depressie, eetstoornissen, verslaving) en er wordt niet gesproken over gedragsproblemen die tot contact met politie/justitie kan leiden.</p> <p>Het gaat om een zeer preventieve interventie, gericht op een bredere groep dan alleen jongeren met problematiek en/of in een setting die duidelijk niet de forensische jeugdzorg is (bijv. 'school-based intervention').</p>
Behandel-motivatie	<p><u>Definitie behandelmotivatie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> a. Het artikel gaat duidelijk over de motivatie voor behandeling ('treatment motivation'). b. Als het artikel niet specifiek de term 'behandelmotivatie' gebruikt, worden er wel termen gebruikt die hier nauw mee samenhangen, bijv. treatment engagement, treatment involvement, desire for help, readiness for treatment, (barriers to) treatment seeking, waarbij er meer informatie wordt gegeven dan puur gedragsmatige uitkomstmaten. <p><u>Design</u></p> <ul style="list-style-type: none"> c. Er is gekeken naar factoren die samenhangen met behandelmotivatie. Dit kunnen zowel statische factoren (gender, etnisch-culturele achtergrond, leeftijd, etc.), als dynamische factoren (werkalliantie, groepsklimaat, etc.) zijn. Ook kan gekeken worden of er bijvoorbeeld verschillen zijn in behandelmotivatie tussen jongeren met bijv. verschillende soorten problematiek of in verschillende typen behandelvormen. d. Het artikel bevat een beschrijving van behandelmotivatie bij de doelgroep in het algemeen of een verkenning van hoe dit ervaren wordt door jongeren (volgens jongeren of anderen). e. Het artikel lijkt op een andere manier bij te dragen aan onderzoeksvragen. 	<p>Artikel gaat niet over behandelmotivatie, maar over motivatie tot verandering, motivatie tot het stoppen met delictgedrag, motivatie tot het stoppen/minderen met middelengebruik.</p> <p>Artikel gaat wel over deelname aan behandeling, maar uitkomstmaat is geen proxy voor behandelmotivatie: binaire maten voor bijvoorbeeld completion of drop-out (maten die na afloop vastgesteld kunnen worden), waarbij geen verdere informatie wordt gegeven over waarom of hoe jongeren zijn uitgevallen of gestopt, of puur gedragsmatige indicatoren voor treatment engagement of adherence (aantal sessies gevolgd, aantal opdrachten voltooid etc.)</p> <p>Artikel gaat over relatie tussen behandelmotivatie en bijv. recidive of een andere variabele, waarbij behandelmotivatie alleen als voorspellende variabele wordt gezien (die ook eerder in de tijd wordt gemeten) en waarbij niet wordt gekeken hoe deze samenhangt met andere variabelen.</p>

We besloten dat studies met samples waarvan het grootste deel tot de doelgroep 12- tot en met 24-jarigen behoorde, geïncludeerd konden worden. We specificerden wat we verstonden onder forensische jeugdzorg (contacten met politie en/of justitie, strafbare feiten, of duidelijk risico daarop), daarbij rekening houdend met de grote variatie die zichtbaar is in de literatuur. Met betrekking tot de behandelmotivatie was het belangrijk dat het gemeten construct niet te ver af stond van behandelmotivatie, zoals beschreven in paragraaf 2.4 (exclusie: motivatie voor verandering, verre indicatoren voor behandelmotivatie – zoals drop-out). Daarnaast waren we specifiek op zoek naar artikelen waarin behandelmotivatie als afhankelijke variabele gezien kon worden, niet (enkel) als onafhankelijke variabele. Uiteindelijk waren er 23 studies die voldeden aan onze inclusiecriteria. De flowchart in figuur 4 geeft het verloop van het gehele selectieproces weer.

Figuur 4
Selectieproces literatuur



3.1.2 Data-extractie

Een onderzoeker en een onderzoeksassistent verwerkten vervolgens de informatie van de verschillende studies in het data-extractieformulier. Het format van het formulier is te vinden in bijlage 8.5. Het data-extractieformulier bevat allereerst algemene informatie over de studie, zoals de auteursnamen, het jaar van publicatie en het land waar het onderzoek is uitgevoerd. Daarnaast bevat het informatie over de methoden, inclusief de onderzoeksvraag of het onderzoeksdoel van de studie, het type onderzoek, informatie over respondenten (wijze van werving, aantal, demografische gegevens, beschrijving van problematiek), informatie over het type forensische jeugdzorg (setting, beschrijving van behandeling of begeleiding) met specifieke aandacht voor componenten van positieve psychologie, *shared decision making* en motiverende gespreksvoering die onderdeel uitmaken van de behandeling. Vervolgens wordt het data-extractieformulier uitgesplitst in specifieke informatie over kwantitatieve (operationalisatie onafhankelijke en afhankelijke variabelen, mogelijke *confounding* variabelen) en kwalitatieve artikelen (beschrijving analyse, saturatie, relatie van onderzoeker tot respondenten). Tot slot bevat het data-extractieformulier ruimte om de resultaten over behandelmotivatie te rapporteren, zowel in het algemeen als uitgesplitst naar statische factoren, dynamische factoren, de drie psychologische basisbehoeften volgende de zelfdeterminatietheorie (verbondenheid, autonomie, competentie), houding en werkwijze van professionals, aspecten van de behandelcontext, bevindingen voor subgroepen en bevindingen voor interventies.

3.1.3 Beoordeling kwaliteit

Op basis van informatie uit het ingevulde data-extractieformulier beoordeelden we de kwaliteit van de studies.

Kwalitatieve artikelen

Voor beoordeling van de kwalitatieve studies gebruikten we de *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)* checklist voor kwalitatief onderzoek.² Deze checklist bestaat uit drie secties met elk een hoofdvraag:

- Sectie A: zijn de resultaten van de studie valide?
- Sectie B: wat zijn de resultaten?
- Sectie C: zullen de resultaten lokaal helpen?

Elke sectie bevat één of meerdere vragen (zoals 'Is het doel van het onderzoek duidelijk geformuleerd?' en 'Was de data-analyse voldoende rigoureuus?'). Hierop kan de beoordelaar telkens kiezen tussen 'ja', 'nee' en 'kan het niet zeggen'. Het instrument kent geen standaard scoringssysteem. De resultaten per artikel geven we weer in bijlage 8.6.

Kwantitatieve artikelen

De kwantitatieve artikelen beoordeelden we met een aangepaste versie van de *Joanna Briggs Institute (JBI) Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*.³ Deze checklist bestaat uit acht vragen (zoals 'Zijn de onderzoeksdeelnemers en de onderzoekssetting in detail beschreven?' en 'Is er een passende statistische analyse gebruikt?'). De vragen over *exposure*, *condition* en *outcomes* vervingen we door de vraag of de onafhankelijke variabele(n) en de afhankelijke variabele (behandelmotivatie) op valide en betrouwbare wijze werden gemeten.

Na het beantwoorden van de vragen van de checklist gaf de beoordelaar het advies tot inclusie of exclusie van het artikel, met eventueel een korte toelichting. De eerste vijf artikelen werden door twee onderzoekers beoordeeld om na te gaan of zij voldoende op één lijn zaten. Omdat er voldoende overlap was tussen de beoordelingen van deze onderzoekers werden de overige artikelen door één onderzoeker beoordeeld. De resultaten per artikel geven we weer in bijlage 8.7. Alle artikelen werden geïnccludeerd, omdat we de kwaliteit als voldoende beoordeelden.

² https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies-Checklist/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf

³ https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies2017_0.pdf

3.1.4 Aanvullende zoektocht naar literatuur over interventies

In deze literatuurstudie hebben we niet gezocht naar studies waarin de effecten van specifieke interventies, bedoeld om de motivatie voor behandeling bij jongeren in de forensische jeugdzorg te vergroten, werden onderzocht. Wel kwamen we in onze zoektocht (beschreven bij 3.1.1) drie artikelen tegen die hier meer zicht op kunnen bieden.

Daarnaast vonden we (buiten deze zoektocht) een review van McMurran (2009) over de inzet van motiverende gespreksvoering bij personen die delicten pleegden. We hebben vervolgens gekeken of er tussen de artikelen die in deze review geïnccludeerd zijn (19 studies) en de artikelen die naar deze studie verwijzen (via Google Scholar, 437 resultaten) relevante aanvullende studies zaten die specifiek een dergelijke interventie onderzochten. Hierbij was het wederom van belang dat het onderzoek was uitgevoerd onder de doelgroep jongeren (12-24 jaar) in de forensische jeugdzorg en dat de onderzochte uitkomstmaat gerelateerd was aan behandelmotivatie, en bijvoorbeeld niet aan recidive van delictgedrag of middelengebruik. Helaas leverde deze aanvullende zoektocht geen nieuwe relevante artikelen op.

3.2 Expertgroep jongeren

3.2.1 Doel en opzet

Naast onze systematische literatuurstudie naar behandelmotivatie in de forensische jeugdzorg gingen we in gesprek met jongeren die zelf ervaring hebben met het ontvangen van forensische jeugdzorg. Dit deden we om aanvullende, op ervaring gebaseerde kennis en inzicht te krijgen over welke elementen belangrijk zijn voor het vergroten van behandelmotivatie en hoe dit in de praktijk eruit zou kunnen zien. Meer specifiek waren de doelen van de gesprekken met jongeren:

1. Het toetsen van de (voorlopige) resultaten van de literatuurstudie aan de realiteit die jongeren (hebben) ervaren. Herkennen zij de gevonden belangrijkste elementen die behandelmotivatie beïnvloeden? Is de lijst compleet? Wat missen jongeren nog?
2. Het concreter invullen van de aanbevelingen zodat deze goed aansluiten bij de praktijk. Hoe kan bijvoorbeeld het vergroten van autonomie, competentie en verbinding er in de praktijk uitzien? Hoe zouden professionals dit kunnen aanpakken?

We organiseerden twee groepsbijeenkomsten van elk anderhalf uur. Door in groepsverband te werken, konden jongeren herkenning bij elkaar ervaren, door elkaars bijdrage geïnspireerd raken en uiteindelijk tot een gedeelde conclusie over de resultaten komen. De leiding van de bijeenkomsten was in handen van een van de onderzoekers van Onderzoeksinstituut IVO en een medewerker van Inforsa (Arkin). De medewerker van Inforsa was aanwezig om, vanuit zijn ruime ervaring met de doelgroep, de groepsdynamiek in de gaten te houden, ervoor te zorgen dat elke jongere aan het woord kon komen en deze zo min mogelijk beïnvloed werd door de rest van de groep. De IVO-onderzoeker zorgde voor de inhoudelijke toelichting op de thema's die aan bod kwamen en stelde vragen waarmee voldoende input van jongeren kon worden opgehaald.

3.2.2 Deelnemers

Bij de eerste bijeenkomst waren vier jongeren fysiek aanwezig, een vijfde sloot aan via videobellen. Twee van deze jongeren waren in behandeling geweest bij Inforsa, en twee jongeren waren geworven via de William Schrikker Groep. De vijfde jongere was geworven in het netwerk van de Inforsa-medewerker. De deelnemers waren allemaal man en tussen 18 en 25 jaar oud. Zij hadden allen één of meerdere delicten gepleegd en hadden ervaring met verschillende vormen van zorg, hulpverlening en strafrechtelijke sancties. Bij de tweede bijeenkomst waren vier jongeren aanwezig, die allen ook aan de eerste bijeenkomst hadden meegedaan. Een jongere die in behandeling was geweest bij Inforsa kon niet aansluiten vanwege persoonlijke omstandigheden.

3.2.3 Werkwijze

Eerste bijeenkomst

Tijdens de eerste bijeenkomst waren naast de Inforsa-medewerker en de IVO-onderzoeker een tweede onderzoeker vanuit onderzoeksinstituut IVO aanwezig, evenals een onderzoeksassistent voor praktische ondersteuning en verslaglegging. Voor de eerste bijeenkomst maakten we gebruik van

een aanpak gebaseerd op de nominale groepstechniek.⁴ Voorafgaand aan de bijeenkomst stelden we een lijst op met de acht belangrijkste (veranderbare) elementen voor het vergroten van behandelmotivatie die we vonden in de literatuur. Tijdens de bijeenkomst noemden we deze elementen en gaven we er een toelichting op. Daarna vroegen we de jongeren om, onafhankelijk van elkaar, de elementen op volgorde van belangrijkheid te zetten. Daarnaast konden zij zelf elementen toevoegen. Aan elke positie van de rangorde die zij maakten, was een score verbonden (10 punten voor het belangrijkste element, 1 punt voor het minst belangrijke element). Door de individuele scores per element bij elkaar op te tellen, kwamen we tot een gezamenlijke lijst. Vervolgens gingen we in groepsverband in gesprek over de verschillende elementen, en keken we met elkaar waarom bepaalde elementen als belangrijker worden beoordeeld dan anderen.

Tweede bijeenkomst

Tijdens de tweede bijeenkomst, die werd geleid door een onderzoeker van IVO en een medewerker van Inforsa, gingen we dieper in op de aanbevelingen van de literatuurstudie, met name over onderwerpen die nog onvoldoende duidelijk waren vanuit de literatuur. We gingen met jongeren in gesprek over hoe deze aanbevelingen er in de praktijk uit zouden kunnen zien. We vroegen jongeren allereerst om aan te geven hoe de ontwikkeling van hun eigen behandelmotivatie eruit had gezien, en welke aspecten invloed hadden gehad op dit verloop. Vervolgens gingen we in gesprek over de rol en plek van ouder(s) of verzorger(s) binnen de behandeling, en de invloed die dat heeft op de behandelmotivatie. Ook besteedden we aandacht aan het belang van het bieden van perspectief, iets dat vanuit de hulpverleners met wie we spraken (in de begeleidingscommissie en in de expertsessie, zie ook paragraaf 3.3 en hoofdstuk 6) duidelijk naar voren kwam als aanknopingspunt voor behandelmotivatie. Tot slot spraken we met de jongeren over wat een behandelaar wel en niet moet doen als deze te maken heeft met een jongeren die niet of nauwelijks gemotiveerd lijkt voor behandeling.

3.3 Expertsessie praktijkprofessionals

We organiseerden een digitale bijeenkomst voor professionals in de forensische jeugdzorg. We nodigden mensen uit via LinkedIn en de nieuwsbrief van Onderzoeksinstituut IVO. Daarnaast vroegen we leden van de begeleidingscommissie (zie 8.4) om hun collega's op de bijeenkomst te attenderen. Hoewel het aantal aanmeldingen aan de lage kant was (elf personen) besloten we de bijeenkomst toch te laten plaatsvinden, omdat we verwachtten dat dit voldoende input zou opleveren om de aanbevelingen verder te kunnen concretiseren. Uiteindelijk waren er zes professionals uit de praktijk aanwezig, waarvan twee van Levvel⁵ en vier van De Nieuwe Kans.

In het aanmeldingsformulier vroegen we aan deelnemers wat volgens hen het allerbelangrijkst is bij het motiveren van jongeren in de forensische jeugdzorg. Tijdens de bijeenkomst deelden we de resultaten van ons literatuuronderzoek en onze bevindingen op basis van de eerste bijeenkomst met de expertgroep van jongeren. Vervolgens gingen we met hen in gesprek over drie hoofdthema's waarvoor we de aanbevelingen verder wilden uitdiepen. Deze thema's waren:

- De rol en de plek van de ouder(s)/verzorger(s) bij het motiveren van jongeren
- Wat werkt voor jongeren met verschillende soorten problematiek?
- Het bieden van (toekomst)perspectief

De bevindingen van deze expertsessie beschrijven we in Hoofdstuk 6.

⁴ <https://www.managementimpact.nl/artikel/kwaliteitsinstrument-nominale-groepstechniek/>

⁵ Beiden moesten de bijeenkomst voortijdig verlaten.

4. Resultatenbeschrijving literatuurstudie

4.1 Kenmerken geïncludeerde studies

Hieronder bespreken we enkele kenmerken van de studies die geïncludeerd zijn, zie hiervoor ook tabel 2. Nadere informatie over de geïncludeerde studies is opgenomen in bijlage 8.1.

4.1.1 Typen onderzoek

Van de 23 geïncludeerde studies betreffen 19 studies kwantitatief onderzoek. Het grootste deel van deze studies betreft niet-vergelijkend kwantitatief onderzoek, in de meeste gevallen met een longitudinaal of cross-sectioneel design (3; 8; 17; 19; 20; 22). Vier geïncludeerde studies zijn kwalitatief, waarbij data verzameld werd via focusgroepen (2; 4; 14) en interviews (2; 23).

4.1.2 Settings

De geïncludeerde studies werden in verschillende behandelcontexten uitgevoerd. Deze varieerden van ambulante hulpverlening (zoals een ambulante behandeling voor jongeren met middelenproblematiek in studie 3) en open (bijv. studie 17), semi-gesloten (bijv. studie 22) en gesloten (bijv. studie 15) residentiële behandelsettings, tot jeugdgevangenissen (bijv. studie 13). De meeste studies werden uitgevoerd in de Verenigde Staten (14 studies). De overige studies werden gedaan in Nederland (vier studies), Duitsland (twee studies), België (een studie), het Verenigd Koninkrijk (een studie) en Canada (een studie).

4.1.3 Steekproeven

De steekproeven van veruit de meeste studies bestond uit (alleen) jongeren. Enkele studies (2; 4; 14; 16) namen (ook) hulpverleners en/of hun beoordelingen mee. In twee studies (14; 23) bestond de steekproef (ook) uit ouders. Zelfrapportage door jongeren van behandelmotivatie en de variabelen waarmee dit in verband wordt gebracht, kwam het vaakst voor. Daarom noemen we het in onze beschrijving van de resultaten alleen als dat niet het geval was en het gaat om rapportage door hulpverleners en/of ouders.

In de studies waarin jongeren de respondenten waren, ging het het vaakst om jongens en meisjes, waarbij de jongens in alle studies in de meerderheid waren. Vier studies (7; 11; 13; 19) onderzochten alleen jongens, twee studies (15; 20) alleen meisjes. In de meeste studies vielen jongeren in de leeftijdscategorie 12-24 jaar. Zes studies vormden hierop een uitzondering; in vier studies (1; 2; 10; 19) zaten ook jongeren die jonger waren dan 12 jaar, in twee andere studies (6; 13) ook jongeren die ouder waren dan 24 jaar.

Tabel 2

Kenmerken geïncludeerde studies

	Aantal studies	Welke studies
Type onderzoek		
<i>Kwantitatief onderzoek</i>	19	
Niet-vergelijkend onderzoek, cross-sectioneel	10	1; 3; 5; 6; 10; 11; 12; 15; 18; 21
Niet-vergelijkend onderzoek, longitudinaal	5	8; 17; 19; 20; 22
Vergelijkend onderzoek, longitudinaal	1	16
Validatie-onderzoek	2	9; 13
Dossieronderzoek	1	7
<i>Kwalitatief onderzoek</i>	4	
Focusgroepen	2	4; 14
Interviews	1	23
Focusgroepen en interviews	1	2
Respondenten		
Jongeren	18	1; 3; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 15; 17; 18; 19; 20; 21; 22

	Aantal studies	Welke studies
Hulpverleners	1	4
Gecombineerd	1	2 & 14 (jongeren + hulpverleners + ouders); 16 (jongeren + hulpverleners); 23 (jongeren + ouders)

4.2 Factoren die mogelijk samenhangen met behandelmotivatie

Hieronder beschrijven we de verschillende dynamische en statische factoren die in de literatuur werden onderzocht in samenhang tot behandelmotivatie. Tabel 3 biedt een overzicht van de verschillende factoren en de studies die daarover bevindingen rapporteerden.

Tabel 3

Onderzochte factoren in relatie tot behandelmotivatie

	Aantal studies	Studies die deze factor onderzochten
Verbondenheid	4	4; 12; 14; 17
Autonomie	5	3; 5; 13; 21; 22
Competentie	5	6; 12; 13; 14; 22
Houding, werkwijze en professionaliteit van hulpverleners	4	4; 9; 13; 22
Behandelomgeving	4	13; 17; 21; 22
Behandeling	3	2; 14; 23
Sociaal netwerk	5	3; 14; 18; 20; 23
Problematiek jongeren		
Algemeen	2	5; 20
Internaliserende problematiek	5	3; 10; 15; 18; 20
Externaliserende problematiek en agressiviteit	3	3; 6; 7
Problemen met middelengebruik	4	3; 5; 11; 12
Crimineel gedrag	4	3; 7; 11; 16
Trauma en negatieve ervaringen in de kindertijd	5	3; 6; 15; 18; 19
Houding jongeren t.o.v. problematiek	4	8; 11; 14; 23
Demografische kenmerken		
Leeftijd	10	3; 5; 6; 7; 8; 10; 15; 16; 17; 18
Gender	7	1; 3; 5; 10; 12; 16; 17
Migratieachtergrond en etniciteit	7	3; 5; 10; 12; 15; 16; 20

4.2.1 Verbondenheid

Het thema verbondenheid kwam terug in diverse studies, waarbij het in de meeste gevallen ging om de relatie met de hulpverlener. Zo vond studie 12 in een onderzoek onder jongeren met middelenproblematiek een positieve relatie tussen de door hen ervaren werkalliantie en verstandhouding (*rapport*) met hun hulpverleners en hoe betrokken zij zichzelf bij hun residentiële behandeling vonden (*therapeutic involvement*). Ander onderzoek (17) naar een bredere groep jongeren met residentiële behandeling wees op een longitudinaal verband tussen behandelmotivatie van jongeren en de werkalliantie met hun hulpverleners (*therapeutic alliance*). De werkalliantie werd in deze studie gemeten met vragen aan jongeren over de persoonlijke band en mate van overeenstemming over taken met hulpverleners. Een betere werkalliantie na respectievelijk drie en zes maanden verblijf ging samen met een grotere behandelmotivatie na zes en negen maanden verblijf. Dit ging niet op voor jongeren die verplichte behandeling kregen; bij hen hingen behandelmotivatie en werkalliantie met hulpverleners niet samen (17).

Ook in diverse kwalitatieve studies kwam het belang van een goede relatie met hulpverleners voor behandelmotivatie naar voren. Een van deze studies betrof onderzoek (4) met focusgroepen met

hulpverleners (vooral therapeuten) die werken in een *group home* in de Verenigde Staten voor jongeren met trauma- en/of gedragsproblematiek. Deze hulpverleners gaven aan dat het vooropstellen en begrijpen van hun relatie met jongeren (*youth-provider relationship*) cruciaal is voor het bevorderen van de betrokkenheid van jongeren bij hun behandeling. Deze relatie wordt volgens hen beter naarmate er een klik (*fit*) is tussen de jongere en de hulpverlener, jongeren zich veilig voelen binnen deze relatie en er duidelijke therapeutische grenzen zijn. Volgens de hulpverleners worden deze factoren beïnvloed door diverse kenmerken van zowel de jongere (zoals diens behandelingsgeschiedenis) als de hulpverlener (4). In studie 14 werden redenen van jongeren om in behandeling te blijven of die te verlaten bestudeerd. Daarbij stuitte de onderzoekers ook op de band tussen jongeren en hulpverleners als factor die bijdraagt aan de beslissing van jongeren om in behandeling te blijven.

4.2.2 Autonomie

Autonomie en nauw verbonden thema's kwamen in een aantal studies naar voren als relevant in relatie tot behandelmotivatie van jongeren in de forensische jeugdzorg. Zo'n sterk gerelateerd thema is 'repressie', bijvoorbeeld gemeten met de gelijknamige subschaal van het *Prison Group Climate Instrument* (PGCI).⁶ Deze schaal meet de mate waarin gedetineerde mensen het klimaat van hun leefgroep ervaren als strikt, vol controle, met oneerlijke en willekeurige regels en een gebrek aan autonomie (13; 22). Twee studies die de relatie tussen repressie en behandelmotivatie onderzochten, lieten een negatief verband zien; meer repressie hing samen met minder behandelmotivatie (13; 22). Een ander onderzoek (21) vond echter geen verband tussen een repressiever groepsklimaat en behandelmotivatie.

Als het gaat om juist de aanwezigheid van (ruimte voor) autonomie vonden twee studies (21; 22) dat een open, therapeutisch groepsklimaat samenhang met meer behandelmotivatie. Dit type klimaat werd in deze studies gemeten met de subschaal 'groei' van de PGCI, en laat zich kenmerken door minder repressie én autonomie in positieve zin. In een van deze studies (21) was de relatie tussen dit klimaat en behandelmotivatie indirect en werd die gemedieerd door een actieve copingstijl van jongeren. Bij deze copingstijl ging het in deze studie om het actief oplossen van problemen, sociale steun zoeken, emotionele expressie en het hebben van geruststellende gedachten. De andere studie (22) vond naast een positieve samenhang ook een longitudinaal verband tussen een open groepsklimaat en behandelmotivatie; een als open ervaren groepsklimaat in de eerste maand na plaatsing ging samen met een hogere behandelmotivatie na drie maanden.

Ook gerelateerd aan een gebrek aan autonomie is externe druk of dwang om in behandeling te gaan. Twee studies brachten deze factoren in verband met behandelmotivatie, waaronder studie 3. De auteurs deden onderzoek onder jongeren in ambulante behandeling voor problemen met middelengebruik, en vonden daarbij een negatieve samenhang tussen het ervaren van veel druk om in behandeling te gaan en hun algemene motivatie, waaronder *readiness* (gedefinieerd als de *perceived need for treatment*). Druk uitgesplitst naar bron – justitie, familie of school – bleek in dit onderzoek niet samen te hangen met onder andere *readiness*. Een andere studie (5) keek naar druk van justitie, in de vorm van een door de rechter opgelegde behandeling. Deze studie vond geen relatie tussen druk van justitie en de algemene motivatie van jongeren met behandeling voor middelenproblematiek, waaronder ook hun *readiness* (gedefinieerd als de perceptie van jongeren over de noodzaak van behandeling om te kunnen veranderen).

⁶ Het *Prison Group Climate Instrument* meet een viertal kenmerken van het groepsklimaat in een (jeugd)gevangenis: steun, groei, repressie en sfeer (*support, growth, repression, atmosphere*). 'Steun' gaat het om hoe professioneel en responsief hulpverleners met jongeren en hun behoeften omgaan, dus bijvoorbeeld aandacht hebben voor hen en hun vertrouwen wekken. De subschaal 'groei' meet in hoeverre een persoon in een bepaalde behandelingsituatie vindt dat die mogelijkheden krijgt om te leren en zich te ontwikkelen en daarmee diens verblijf nuttig vindt, ook met het oog op de toekomst. Met 'groei' kan onder andere worden gemeten in hoeverre een persoon in een bepaalde behandelingsituatie vindt dat die mogelijkheden krijgt om te leren en zich te ontwikkelen, en daarmee diens verblijf nuttig vindt, ook met het oog op de toekomst. De subschaal repressie meet de mate waarin gedetineerde mensen het klimaat van hun leefgroep ervaren als strikt, vol controle, met oneerlijke en willekeurige regels en een gebrek aan autonomie. Zie https://pure.uva.nl/ws/files/4485211/115991_measuring_group_climate_in_a_forensic_setting_vs39_7_12_10_def.pdf

Bovenstaande resultaten raken vrij direct aan autonomie, maar het concept komt indirect terug in meer resultaten van deze literatuurstudie, zoals het belang van een 'youth-driven approach' (zie paragraaf 4.2.4, over de houding, werkwijze en professionaliteit van hulpverleners).

4.2.3 Competentie

Twee studies bestudeerden de relatie tussen de subschaal 'groei' (*growth*) van de *Prison Group Climate Instrument* enerzijds en behandelmotivatie van jongeren anderzijds. Met deze subschaal kan onder andere worden gemeten in hoeverre een persoon in een bepaalde behandelsituatie vindt dat die mogelijkheden krijgt om te leren en zich te ontwikkelen. Deze zaken zijn nauw gerelateerd aan competentie, zo benoemde een van deze twee studies ook expliciet in de uitleg van deze subschaal. Beide studies vonden een positief verband tussen 'groei' en motivatie voor behandeling van jongeren (22; 13). Jongeren die meer ruimte voor groei en competentie ervoeren, waren dus gemiddeld meer gemotiveerd voor behandeling.

Twee andere kwantitatieve studies (6; 12) brachten de met competentie verbonden factoren van zelfvertrouwen (*self-esteem*) en zelfeffectiviteit (*self-efficacy*) in verband met behandelmotivatie (of uitingen daarvan) van jongeren. Daarbij vonden ze tegengestelde resultaten. De ene studie (12) liet zien dat jongeren die zichzelf hogere scores op zelfvertrouwen en/of zelfeffectiviteit gaven, meer betrokken waren bij hun behandeling. Uit de andere studie (6) bleken er diverse negatieve verbanden tussen verschillende onderdelen van zelfvertrouwen en de voor deze literatuurstudie relevante motivatietypen, namelijk intrinsieke motivatie, geïdentificeerde regulatie en amotivatie. Zo hing sociaal zelfvertrouwen negatief samen met intrinsieke motivatie, net als sociaal zelfvertrouwen en totaal zelfvertrouwen met geïdentificeerde regulatie. Ook ging een hoger sociaal zelfvertrouwen van jongeren samen met meer amotivatie. Andere onderlinge relaties, bijvoorbeeld tussen zelfvertrouwen in de zin van 'prestaties' en alle typen motivatie, werden in deze studie niet gevonden. Ondanks deze verbanden bleek zelfvertrouwen niet samen te hangen met hoe gemotiveerd jongeren waren om mee te doen aan een bepaalde interventie. Dit gold voor alle typen motivatie die in dit onderzoek werden gemeten, namelijk intrinsieke motivatie, extrinsieke motivatie, geïdentificeerde regulatie en amotivatie.

Een kwalitatieve studie (14) liet een complexe verhouding zien tussen aan competentie gerelateerde factoren, behandeling en motivatie om die wel of niet te (blijven) ontvangen. Zo bleek dat behandeling voor jongeren een confrontatie kan vormen met zaken die hun gevoel van competentie kunnen aantasten, namelijk misstappen uit het verleden en in hun ogen minder positieve neigingen. Deze confrontatie kan het stoppen met behandeling aantrekkelijk maken. In behandeling blijven, problemen en gevolgen van hun acties gaan (h)erkennen en daarbij positieve aandacht (zoals complimenten) krijgen, kunnen jongeren echter een gevoel van empowerment en *agency* geven, en hen motiveren om door te gaan. In relatie tot gevoelens van zelfeffectiviteit noemen de onderzoekers ook het door jongeren vaak genoemde belang van ouders en hun steun en erkenning rondom behandeling. Een gebrek aan die steun en erkenning kan de motivatie van jongeren om in behandeling te blijven, aantasten. Dit gebrek, zo gaven ouders aan, kan ontstaan als ouders onvoldoende worden betrokken of geïnformeerd over de behandeling en de vooruitgang van hun kind daarin (14).

4.2.4 Houding, werkwijze en professionaliteit van hulpverleners

Verschillende kwantitatieve studies wijzen op het belang van een bepaalde houding en/of werkwijze van hulpverleners voor een grotere behandelmotivatie van jongeren. Zo vinden twee studies (13; 22) een positieve samenhang tussen de mate van steun door hulpverleners (*support*, gemeten met de gelijknamige subschaal van de *Prison Group Climate Instrument* en behandelmotivatie van jongeren in Nederlandse (semi)-gesloten (forensische) instellingen (22) en een Duitse jeugdgevangenis (13). Bij de subschaal *support* gaat het om hoe professioneel en responsief hulpverleners met jongeren en hun behoeften omgaan. Dus bijvoorbeeld aandacht hebben voor hen en hun vertrouwen wekken (Van der Helm, Stams & Van der Laan, 2011). Deze zaken overlappen met wat in studie 9 *client-centered communication* genoemd wordt. Dit gaat over het door hulpverleners luisteren naar en gevoelig zijn voor de gevoelens en zorgen van jongeren. Deze houding en werkwijze hingen positief samen met de betrokkenheid van jongeren bij hun behandeling, gemeten met onder andere vragen over de attitude van jongeren ten opzichte van behandeling en

over gedrag rondom de behandeling (bijvoorbeeld in hoeverre jongeren vinden dat ze aan hun problemen werken). Positieve bekrachtiging van jongeren door hulpverleners ging daarnaast samen met meer betrokkenheid bij de behandeling (9).

Op basis van kwalitatief onderzoek met focusgroepen met hulpverleners (klinisch directeuren en therapeuten) worden in studie 4 twee thema's rondom de houding, werkwijze en professionaliteit van hulpverleners als belangrijk genoemd voor de bevordering van de *treatment engagement* van jongeren: een *youth-driven approach* en een goed begrip van hulpverleners van het therapeutisch proces. Een *youth-driven approach* verwijst naar een hulpverlenersbenadering met aandacht voor wat jongeren zelf goede zorg vinden, samenwerking met jongeren en op de individuele jongeren aangepaste strategieën. Begrip van het therapeutisch proces betekent het goed begrijpen en herkennen van verandering binnen jongeren en belangrijke elementen daarin. Als toelichting op de relatie tussen dit begrip en het versterken van *treatment engagement* van jongeren stellen de onderzoekers: "Enkele hulpverleners beschreven dat ze hun inzicht in de belangrijkste elementen van verandering gebruiken om *engagement* te verhogen, door informele systemen van beloningen [*incentives*]" (4, p. 872).

4.2.5 Behandelomgeving

Diverse kwantitatieve onderzoeken zoomden in op de relatie tussen kenmerken van de behandelomgeving en motivatie voor behandeling van jongeren. Meerdere studies gebruikten hierbij het *Prison Group Climate Instrument*. Sfeer (*atmosphere*) verwijst naar de mate waarin een bepaalde fysieke en sociale omgeving gedetineerden gevoelens van veiligheid en vertrouwen geeft. Hogere scores op deze dimensies gingen in één studie (13) samen met hogere scores op behandelmotivatie; hoe meer gevoelens van veiligheid en vertrouwen de fysieke en sociale omgeving bij jongeren wekte, hoe groter hun motivatie voor behandeling. Deze en andere onderzoeken brachten daarnaast ook de kenmerken steun, groei en/of repressie in verband met behandelmotivatie. Daarbij vonden ze positieve relaties voor steun en groei (13; 22) en negatieve relaties voor repressie (13; 22). In één studie werd geen relatie tussen repressie en behandelmotivatie gevonden (21).

Twee van deze studies bekeken ook de relatie tussen combinaties van steun, groei, repressie en sfeer die passen bij een ofwel meer open groepsklimaat (hogere mate van steun, groei en atmosfeer en lagere mate van repressie) of meer gesloten groepsklimaat (lagere mate van steun, groei en atmosfeer en hogere mate van repressie). Eén studie (21) vond een positieve, maar indirecte relatie tussen een open groepsklimaat en behandelmotivatie. Deze relatie werd gemedieerd door het hebben van een actieve copingstijl, gekenmerkt door het actief oplossen van problemen, sociale steun zoeken, emotionele expressie en het hebben van geruststellende gedachten. Uit een ander onderzoek (17) bleek ook een positief longitudinaal verband tussen een open groepsklimaat en behandelmotivatie. Daarbij hing een open groepsklimaat in de eerste maand na plaatsing samen met een grotere behandelmotivatie van jongeren na drie maanden.

In studie 17 werd de behandelmotivatie vergeleken van jongeren in verschillende typen behandelomgevingen, namelijk open jeugdzorginstellingen, gesloten jeugdzorginstellingen en jeugdgevangnissen. Daarbij vonden ze dat jongeren in open instellingen hogere motivatiescores hadden dan jongeren in de gesloten instellingen en jeugdgevangnissen. Dit verschil zou volgens de onderzoekers kunnen worden verklaard door verschillen tussen de jongeren in beide type instellingen, bijvoorbeeld als het gaat om het type of de ernst van het probleemgedrag. Tussen behandelmotivatie van jongeren in de gesloten instellingen en jongeren in jeugdgevangnissen werd in deze studie geen verschil gevonden (17).

4.2.6 Behandeling

Naast behandelomgeving gaan enkele kwalitatieve studies in op wat voor jongeren (de)motiverend werkt als het gaat om de behandeling zelf. In studie 2 werd onderzoek gedaan naar drempels bij het behandelen van jongeren met gedragsproblemen. De onderzoekers vroegen daarbij onder andere jongeren zelf naar hun ervaringen met en perspectieven op behandeling en hun ideeën voor verbetering. Ontevredenheid met behandeling was in deze interviews een belangrijk thema. Dit is in lijn met een bevinding van studie 23, die vond dat jongeren die aangaven minder gebruik te maken van diensten gericht op de geestelijke gezondheid (*'mental health services'*) deze diensten ook minder behulpzaam en relevant leken te vinden.

Verder gaven jongeren in studie 2 aan geïnteresseerd te zijn in meer directieve, actieve therapie en niet in informele gesprekken. Ook bleek een gebrek aan betrokkenheid van hun ouders bij de behandeling een zorg voor jongeren. Zij gaven aan interesse te hebben in familie-georiënteerde behandeling met betrokkenheid van hun ouders. Deze therapievorm werd ook aanbevolen door de in focusgroepen bevroegde therapeuten, die een gebrekkige betrokkenheid van ouders bij therapie een cruciale drempel voor behandeling vonden.

Ook ouders werden gesproken. Op basis hiervan concluderen de onderzoekers dat ouders minder betrokken zijn bij de behandeling, doordat ze zich onvoldoende ondersteund voelen door de therapeuten, of het gevoel hebben dat ze de schuld van problemen krijgen, genegeerd worden of onduidelijk is wat van hen verwacht wordt (2).

Een andere betekenisvolle factor in behandelmotivatie van jongeren die raakt aan de behandeling zelf, bestaat uit de structuur (bijvoorbeeld: ergens moeten zijn op een bepaald tijdstip, niet kunnen doen wat je wilt). Deze gaat gepaard met de behandeling en kan negatieve emoties bij jongeren oproepen. Dit kan de reden zijn om te stoppen met de behandeling (14). Op basis van focusgroepen met jongeren, ouders en hulpverleners stellen de onderzoekers in studie 14 dat het samen met hulpverleners verwerken en leren reguleren van deze gevoelens van beperking kan voorkomen dat een jongere hierom besluit te stoppen met de behandeling.

4.2.7 Sociaal netwerk

Drie kwantitatieve studies onderzochten de relatie tussen factoren rond de sociale omgeving van jongeren en hun behandelmotivatie. Bij deze factoren gaat het onder meer om de steun die jongeren van familie en/of vrienden krijgen, en de aanwezigheid en kwaliteit van sociale relaties van jongeren. Voor sociale steun werd een significant positief longitudinaal verband met behandelmotivatie (geïdentificeerde motivatie) (18) gevonden, maar voor sociale relaties een negatief verband met *treatment engagement*, waaronder samenwerking aan doelen en taken en *therapeutic engagement* (20). Het laatstgenoemde resultaat komt uit longitudinaal onderzoek in studie 20 onder meisjes in een Belgisch jeugd detentiecentrum. Deze studie vond dat meisjes die populairder zijn onder hun leeftijdsgenoten (*peers*) en hechte vrienden hebben, minder *treatment engagement* laten zien, waaronder samenwerking aan doelen en taken en *therapeutic engagement*. Een andere studie (3) onderzocht de relatie tussen afwijkend gedrag van leeftijdsgenoten (*peer deviance*) en *treatment readiness* (de behoefte aan behandeling voelen), en vond daarbij geen verband. Hetzelfde geldt voor tevredenheid met familie (3).

Een kwalitatieve studie die relatief veel aandacht besteedt aan de relatie tussen de sociale omgeving van jongeren en behandelmotivatie is studie 14. Uit de focusgroepen met jongeren bleken relaties met familie en vrienden een belangrijke factor in de beslissing van jongeren om in behandeling te blijven of niet. Jongeren gaven bijvoorbeeld aan dat behandeling deze relaties onder druk zet, bijvoorbeeld omdat ze vanwege hun verblijf in de instelling niet bij familie en vrienden in de buurt zijn. Dit gegeven kan de overweging om te vertrekken, voeden. Hulpverleners voegden hieraan toe dat het (door verblijf in de instelling) niet kunnen vervullen van bepaalde gevoelde verplichtingen of verantwoordelijkheden thuis voor sommige jongeren reden kan zijn om te stoppen met behandeling en terug naar huis te gaan. Aan de andere kant zeiden jongeren hun familie en vrienden niet te willen teleurstellen door te stoppen met behandeling. Het al dan niet in behandeling blijven bleek ook onderhevig aan de steun en visie op behandeling van familie en/of ouders. Aan de ene kant steunden sommige ouders hun kinderen en de behandeling, terwijl andere ouders (en andere familieleden) het probleem van hun kind bijvoorbeeld niet erkenden, wat ervoor leek te kunnen zorgen dat jongeren stopten met hun behandeling. Verder noemen de onderzoekers de invloed van leeftijdsgenoten in de instelling, die zowel positief als negatief kon zijn, zo vertelden jongeren. Zo konden ze elkaar bijvoorbeeld succesvol aanmoedigen om te blijven, of juist samen 'ontsnappingsplannen' maken (14).

Een andere kwalitatieve studie (23) vond dat het sociaal netwerk zowel een positieve als negatieve rol kan spelen in behandelmotivatie. Jongeren gaven aan dat sommige van hun sociale netwerken ondersteunend waren in bijvoorbeeld het zoeken naar en gebruikmaken van hulpverlening, terwijl ze dit in andere sociale netwerken juist verborgen hielden om zichzelf tegen negatieve reacties te beschermen (23).

4.2.8 Problematiek jongeren

Een ander thema dat in diverse kwantitatieve onderzoeken in relatie tot behandelmotivatie van jongeren naar voren kwam, is (het type en/of de ernst van) psychische- en/of gedragsproblematiek. Resultaten op dit gebied gingen over psychische problematiek en/of klachten in het algemeen, internaliserende problematiek, externaliserende problematiek, problemen met middelengebruik, crimineel gedrag of risico en eerdere detentie, negatieve ervaringen in de kindertijd en trauma. Tot slot behandelen we resultaten van enkele studies die ingaan op het verband tussen de houding van jongeren ten opzichte van hun problematiek enerzijds en hun behandelmotivatie anderzijds.

Psychische problematiek en/of klachten algemeen

Enkele kwantitatieve studies bekeken de relatie tussen psychische problematiek en/of klachten in algemene zin en behandelmotivatie van jongeren. In studie 20 werd bijvoorbeeld onderzocht of de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis (los van het type stoornis) uitmaakte voor de *treatment engagement* van meisjes in een Belgisch jeugd detentiecentrum. De onderzoekers vonden geen verschil tussen meisjes met en zonder een psychiatrische stoornis. Wel stuitte ze op een samenhang tussen hogere scores op psychologische gezondheid en hun *treatment engagement*. Bij beide resultaten moet worden opgemerkt dat alleen de relaties met het overkoepelende *treatment engagement* wordt omschreven. Deze omvat zowel onderdelen die wij zien als behandelmotivatie of direct gerelateerd (samenwerking aan doelen en taken en *therapeutic engagement*) als onderdelen waarvoor dat niet geldt (*readiness to change* en band met medewerkers). Uit studie 5, een onderzoek uitgevoerd onder jongeren met middelenproblematiek, bleek dat een grotere mate van symptomen samenhang met meer *readiness for treatment*.

Internaliserende problematiek

Een van de categorieën van psychische problematiek die diverse studies in verband brachten met de behandelmotivatie van jongeren is 'internaliserende problematiek'. Hiermee wordt verwezen naar depressieve- en angstklachten of -stoornissen. De meerderheid van deze studies wijst op een positief verband tussen internaliserende problematiek en motivatie voor behandeling of gerelateerde variabelen. Twee studies rapporteren een positieve relatie tussen internaliserende symptomen enerzijds en behandelmotivatie (geïdentificeerde motivatie) (18) en *treatment readiness* (10) anderzijds. Hiermee in lijn bleek in onderzoek 20 het hebben van voldoende internaliserende symptomen voor een internaliserende stoornis positief samen te hangen met *treatment engagement* (dat zowel voor deze literatuurstudie relevante als minder relevante factoren omvat). Studie 3 toonde daarnaast ook een positief verband aan tussen het algemenere psychische last, waaronder depressieve en angstige gevoelens, maar ook somatische stoornissen in het afgelopen jaar enerzijds, en motivatie in bredere zin anderzijds. Het is echter niet duidelijk of dit ook voor de subschaal *readiness* geldt. Studie 15, uitgevoerd onder meisjes in residentiële zorg, liet echter iets anders zien: meisjes met internaliserende symptomen hadden juist vaker twijfels over de behandeling.

Externaliserende problematiek en agressiviteit

Verder brachten verschillende kwantitatieve studies 'externaliserende problematiek' en/of agressie in verband met de behandelmotivatie van jongeren. Daarbij bleek uit bijna alle onderzoeken een negatieve relatie, waarbij de aanwezigheid van (meer) externaliserende problematiek en/of agressie samenhang met minder motivatie voor behandeling of gerelateerde variabelen. Studie 20 vond bijvoorbeeld dat een externaliserende stoornis negatief samenhang met samenwerking aan doelen en taken en de *therapeutic engagement* van meisjes. Een externaliserende stoornis werd hierbij gedefinieerd als een gedragsstoornis en/of een stoornis in het middelengebruik zonder daarnaast een internaliserende stoornis.

Andere studies richtten zich op externaliserend en/of agressief gedrag (en niet per se een stoornis), waaronder studie 7. Zij stuitte op een negatief verband tussen agressief en disruptief gedrag in de jeugd en *treatment engagement* onder 'jonge ouders'. De onderzoekers van studie 6 bestudeerden de relatie tussen meerdere verschillende vormen van agressief gedrag van jongeren – woede, vijandigheid, fysieke- en verbale agressie – en hun intrinsieke motivatie, geïdentificeerde regulatie en amotivatie. Hoewel de multi-pele regressie-analyse niet significant was, vonden de onderzoekers wel diverse bivariate correlaties met subschalen van agressie. Zo hingen woede, fysieke- en verbale agressie negatief samen met intrinsieke motivatie en geïdentificeerde regulatie. Tussen vijandigheid

en intrinsieke motivatie en geïdentificeerde regulatie vonden de onderzoekers geen relatie. Alle vormen van agressie hingen positief samen met amotivatie. De onderzoekers bekeken ook de relaties tussen motivatie en probleemgedrag op school en antisociaal maatschappelijk gedrag (*antisocial community behavior*). Meer probleemgedrag van jongeren op school bleek voorspellend te zijn voor minder intrinsieke motivatie, en had een significante correlatie met minder geïdentificeerde regulatie. Antisociaal maatschappelijk gedrag verhiel zich ook negatief tot intrinsieke motivatie en geïdentificeerde regulatie, maar ook tot amotivatie (6). In studie 19 werd gekeken naar de relatie tussen externaliserend gedrag en de ontwikkeling van behandelmotivatie. De onderzoekers vonden dat externaliserend gedrag (fysiek geweld richting een ander, iemand bedreigen, iets uit woede kapotmaken) samenhang met een vermindering van *treatment engagement* van jongeren. Dat gold alleen niet voor het voor ons relevante onderdeel van *treatment engagement* 'samenwerking aan doelen en taken'. Hoewel de meeste studies dus wel een verband lieten zien tussen externaliserende problematiek en behandelmotivatie, vond studie 3, uitgevoerd onder jongeren met middelenproblematiek, dat agressief gedrag niet significant samenhang met behandelmotivatie.

Problemen met middelengebruik

Meerdere kwantitatieve onderzoeken omschrijven de relatie tussen problemen met middelengebruik en behandelmotivatie. Twee studies vonden een negatief verband. Studie 12 vond bijvoorbeeld dat jongeren met minder problemen met middelengebruik ('minder middelenmisbruik') meer *treatment involvement*, waaronder *treatment engagement*, vertoonden. Hiermee in lijn waren de resultaten van studie 5, die erop wijzen dat jongeren met een stoornis in het middelengebruik en daarnaast een andere psychische stoornis minder vaak (dan jongeren met minder psychische problematiek) het belang van behandeling voor verandering inzien. Studie 11 vond andere verbanden: jongeren die in dit onderzoek bij opname in de instelling aangaven meer problemen met middelen te hebben, waren meer bezorgd over deze problemen en vonden het belangrijker om er hulp voor te krijgen. Dit gold voor zowel jongeren met problemen met alcohol als voor jongeren die problemen met drugs hadden (11).

Een tweetal studies (3; 5) keek daarnaast naar de relatie tussen diverse kenmerken van het middelengebruik van jongeren en motivatie voor behandeling. Beide onderzoeken vonden een positief verband tussen de mate van problemen die middelengebruik voor jongeren met zich meebrengt en een gemotiveerde houding richting behandeling. Bij studie 3 ging het bij deze problemen bijvoorbeeld om minder activiteiten ondernemen door het middelengebruik, of emotionele problemen. Deze problemen voorspelden meer motivatie, waaronder *readiness: the perceived need for treatment*. Hiermee in overeenstemming vond studie 5 dat meer en ernstigere consequenties van het middelengebruik voorspelden dat jongeren het belang van behandeling voor verandering meer inzagen (*readiness*).

De onderzoekers in studie 3 bekeken verder ook de relaties tussen het type middelengebruik en de ernst ervan en *readiness* – die beide niet significant bleken. Wel significant was het verband met het gebruik van meerdere typen middelen; jongeren voor wie dat gold, hadden meer *incentive to change*, waaronder *readiness* (het belang inzien van behandeling om te veranderen).

Crimineel gedrag

Vier kwantitatieve studies onderzochten de relatie tussen factoren rondom crimineel gedrag en behandelmotivatie. Twee studies bekeken hierbij of detentie samenhang met (varianten op) behandelmotivatie van jongeren – met gemengde resultaten. Studie 3 vond dat het in de afgelopen 90 dagen in detentie gezeten hebben, voorspellend was voor meer motivatie, waaronder *readiness* (de *perceived need for treatment*). Studie 16 bekeek het *aantal* eerdere detenties, en vond geen verband met *treatment engagement* wanneer jongeren die zelf beoordeelden, maar wel met een onderdeel van de door hulpverleners beoordeelde *treatment engagement*, namelijk *treatment disruption/disengagement*. Dit gaat over een gebrek aan betrokkenheid bij en desinteresse in de behandeling. Jongeren die vaker in detentie hadden gezeten, hadden volgens hulpverleners minder betrokkenheid bij en interesse in behandeling. De relaties met illegale activiteiten waren ook gemengd: één studie vond een negatieve voorspelling hiervan voor motivatie, waaronder de *perceived need for treatment* (3), een andere studie vond geen relatie (11). Tot slot bestudeerde studie 7 of het hebben van een strafblad en een hoger risico op recidive bij jongeren samenhang met

treatment engagement, waarbij een strafblad niet, en recidiverisico wel sterk en negatief bleek samen te hangen met *treatment engagement*.

Trauma en negatieve ervaringen in de kindertijd

Diverse studies onderzochten de relatie tussen behandelmotivatie van jongeren en trauma en/of negatieve ervaringen in de kindertijd, en een enkele studie met de opvoedstijl van ouders of verzorgers van jongeren.

Als het gaat om trauma vond studie 15 een positieve samenhang tussen verscheidene traumagerelateerde symptomen en behandelmotivatie, waaronder meer bereidheid tot actieve deelname aan behandeling en het maken van opofferingen (*preparedness*) en minder twijfel over de behandeling.

Een aantal onderzoeken bekeek de relatie tussen negatieve ervaringen in de kindertijd – vooral: kindermishandeling – en de behandelmotivatie van jongeren later. Daarbij werden gemengde resultaten gevonden. Studie 15 vond bijvoorbeeld dat kindermishandeling samen met etniciteit voorspellend is voor een grotere bereidheid van jongeren om deel te nemen aan behandeling. Traumagerelateerde symptomen maakten deze voorspelling overigens niet sterker. Deze studie ging ook in op de relatie tussen specifieke vormen van kindermishandeling (bijvoorbeeld fysieke, emotionele en seksuele mishandeling) en vond dat emotionele mishandeling het sterkst positief samenhang met behandelmotivatie, waaronder *preparedness* en twijfel aan behandeling. Studie 19 bracht negatieve ervaringen in de kindertijd (*adverse childhood experiences*) in verband met (door jongeren zelf gescoorde) *treatment engagement*, waaronder de mate van samenwerking bij het selecteren van behandeldoelen en -taken. Voor dit onderdeel van *treatment engagement*, zoals gebruikt in dit onderzoek, werd geen positieve relatie gevonden. Studie 18 onderzocht ook de relatie tussen behandelmotivatie en verschillende vormen van kindermishandeling, namelijk fysieke, seksuele, emotionele mishandeling en emotionele en fysieke verwaarlozing en blootstelling aan huiselijk geweld. De onderzoekers vonden geen significante relatie tussen deze vormen en de voor deze literatuurstudie interessante vorm van motivatie (geïdentificeerde motivatie) onder jongeren. Studie 3 keek naar het verband tussen emotionele mishandeling en behandelmotivatie, en vond daarbij ook geen verband.

Tot slot werd in studie 6 de relatie bestudeerd tussen bepaalde opvoedstijlen waarmee jongeren te maken krijgen en hun behandelmotivatie, waaronder intrinsieke motivatie, geïdentificeerde regulatie en amotivatie. Ze vonden dat scores op *parental care*, en dan voor moeders, positief voorspellend waren voor behandelmotivatie (positief voor intrinsieke motivatie en geïdentificeerde regulatie, negatief voor amotivatie). Hetzelfde gold echter voor scores op *control/overprotection*, waarbij het om zowel moeders als vaders ging.

Houding jongeren ten opzichte van problematiek

Naast problematiek zelf, behandelen enkele studies de houding van jongeren ten opzichte van hun problematiek in relatie tot hun motivatie voor behandeling. Studie 8 liet bijvoorbeeld zien dat de motivatie van jongeren met alcoholproblematiek om hun alcoholgebruik te veranderen, positief samenhang met hun positieve *treatment engagement*, en negatief met negatieve *treatment engagement* daaraan. Dit ging alleen op voor jongeren die net in detentie gingen. Voor jongeren die twee maanden in detentie zaten, was er alleen een positieve relatie tussen hun motivatie om hun alcoholgebruik te veranderen en hun positieve *treatment engagement*, en alleen als zij hun *engagement* zelf beoordeelden (en niet hun hulpverleners). Motivatie om alcoholgebruik te veranderen, bleek ook longitudinaal samen te hangen met *treatment engagement*, maar ook hier alleen voor *treatment engagement* volgens jongeren zelf. Meer motivatie voorspelde hierbij meer positieve *treatment engagement*, en minder motivatie meer negatieve *treatment engagement*. In een andere kwantitatieve studie (11) ging het om de bezorgdheid van jongeren om hun eigen illegale gedrag. Jongeren die aangaven dit minder te voelen, vonden het ook minder belangrijk om hulp voor dit gedrag te vinden.

Ook enkele kwalitatieve studies zoomden in op dit aspect. In studie 14 bleek een gebrekkige erkenning door jongeren van hun problemen vaak een reden om te stoppen met de behandeling,

terwijl het wel erkennen van problemen juist maakte dat jongeren behandeling zagen als een kans om die aan te pakken.

Studie 23 had soortgelijke bevindingen. Sommige jongeren in hun studie gaven aan illegaal gedrag ('problemen met de wet') normaal te vinden, en daarmee ook geen reden te zien om in behandeling te gaan. De onderzoekers zagen deze houding ten opzichte van behandeling ook meer onder jongeren die zich meer identificeerden met hun *juvenile justice system involvement*, minder zorgen om hun reputatie maakten en zich meer identificeerden met hun delinquente vrienden.

4.2.9 Demografische kenmerken

Leeftijd

De meeste studies die het verband tussen leeftijd van jongeren en hun behandelmotivatie (of varianten daarop of uitingen daarvan) onderzochten, vonden geen relatie (3; 5; 6; 10; 15; 17). Een tweetal onderzoeken (7; 18) stuitte op een positief verband, waarbij oudere jongeren meer *treatment engagement* volgens jongeren zelf (7) en *identified motivation* (18) lieten zien. Een andere studie (16) had gemengde resultaten op het vlak van leeftijd. Zo werd een positieve relatie gevonden tussen *treatment engagement* van jongeren volgens de hulpverleners en een hogere leeftijd, maar een negatieve relatie tussen *treatment engagement* volgens de jongeren zelf en leeftijd. Ook werd een negatief verband gevonden tussen leeftijd en het onderdeel van *treatment engagement* (volgens jongeren) *treatment disruption/disengagement*, wat duidt op minder verstoring van de behandeling onder oudere jongeren.

Gender

Ook als het gaat om gender vonden de meeste studies die dit onderzochten (3; 5; 10; 16; 17) geen relatie met behandelmotivatie van jongeren. Drie onderzoeken weken af, waaronder studie 12, waaruit bleek dat meisjes meer *therapeutic engagement* vertoonden. De resultaten van studie 1 lieten juist zien dat meisjes met een psychische stoornis of stoornis in het gebruik van middelen die vóór hun detentie zijn doorverwezen naar hulp, maar niet zijn behandeld óf eerder zijn behandeld, vaker geloofden dat hun problemen vanzelf weg zouden gaan of dat zij die zelf zouden kunnen oplossen. Met andere woorden: geen hulp hierbij nodig denken te hebben. Studie 6 vond dat bij jongens vaker sprake was van amotivatie dan bij meisjes, al is dit mogelijk te verklaren door de disbalans in de steekproef (7 meisjes versus 102 jongens).

Migratieachtergrond en etniciteit

Tot slot keken diverse studies naar de relatie tussen behandelmotivatie en een migratieachtergrond van jongeren, waarbij vooral het concept van etniciteit werd gebruikt. Veruit de meeste onderzoeken vonden geen verband (3; 5; 10; 12; 15; 16). Bij studie 12 hoort hierbij een kanttekening. Zij vonden namelijk wel verschillen tussen de *treatment engagement* van diverse 'etnische groepen' jongeren. Zo hadden Afro-Amerikaanse jongeren als groep de laagste *treatment engagement*, maar merken daarbij op dat een Afro-Amerikaanse achtergrond samen lijkt te gaan met andere factoren die een lagere *treatment engagement* voorspellen. De onderzoekers van studie 20 vonden dat niet-Belgische meisjes significant lagere scores op *treatment engagement* hadden dan Belgische meisjes. Zij stellen dat meer onderzoek nodig is om te achterhalen welke barrières (bijvoorbeeld cultuur of taal) mogelijk een belemmering vormen voor goede (of goed ervaren) behandeling.

4.3 Interventies gericht op motivatie

Enkele studies onderzochten de effecten van specifieke interventies gericht op het vergroten van behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg. Hieronder bespreken we de resultaten.

In de studie van Stein en collega's (2006) werd gekeken of *Motivational Interviewing* (MI) betrokkenheid bij behandeling gericht op middelengebruik onder gedetineerde adolescenten kan vergroten. Jongeren werden willekeurig ingedeeld in deze conditie of in de groep die ontspanningstraining (*relaxation training*, RT) ontving. Na afloop van de interventie beoordeelden zowel therapeuten als jongeren zelf in hoeverre de jongeren deelnamen aan de standaardbehandelingen binnen de faciliteit. De onderzoekers vonden dat jongeren die RT ontvingen significant meer *negative engagement* lieten zien. Hiermee wordt onder andere bedoeld dat jongeren minder serieus meedoen aan de behandeling door bijvoorbeeld grappen te maken als het over

serieuze onderwerpen gaat. Jongeren die MI ontvingen beoordeelden bovendien de therapeutische relatie significant beter dan jongeren die RT kregen.

Het doel van de studie van Smith en collega's (2015) was om vast te stellen of normatieve feedback (NF) een behulpzaam of juist schadelijk ingrediënt is voor MI-interventies voorafgaand aan behandeling. Bij NF wordt het middelengebruik van het individu afgezet tegen dat van een grotere populatie, met als doel om misvattingen over het middelengebruik van anderen te corrigeren en vermindering in gebruik te triggeren. In totaal 48 adolescenten met problematisch middelengebruik, waarvan een deel verwezen vanuit het strafrechtstelsel, werden willekeurig toegewezen aan de MI-conditie of aan de MI+NF-conditie. De resultaten lieten geen significante verschillen zien in *treatment engagement* tussen de twee groepen, maar de auteurs wijzen erop dat grotere studies nodig zijn om dit verder te onderzoeken.

In de studie van Knight en collega's (2019) kregen jongens in een *juvenile justice treatment facility* standaardbehandeling of daarbovenop een *Treatment Readiness and Induction Program* (TRIP). Dit programma bestond uit acht sessies in de eerste weken van de behandeling gericht op onder andere het nemen van beslissingen. Uit dit onderzoek bleek dat jongeren die ook TRIP ontvingen een grotere toename lieten zien in probleemerkenning en behoefte aan hulp. Ook wilden zij vaker hulp voor emotionele problemen en wilden zij vaker individuele ondersteuning. Deze relaties bleven in stand na controle voor leeftijd en etniciteit, maar na controle voor de ernst van hun middelenproblematiek was het verschil in behoefte aan hulp niet significant meer.

5. Resultatenbeschrijving expertgroep jongeren

5.1 Eerste bijeenkomst

Voor de eerste bijeenkomst met jongeren selecteerden we een aantal mogelijk werkzame elementen voor behandelmotivatie op basis van de resultaten uit de literatuurstudie die we tot dan toe hadden gevonden (zie tabel 4). We kozen hierbij voor aspecten die goed uit te leggen waren aan jongeren en waarvan we dachten dat het haalbaar zou zijn om daarop te reflecteren. Dit waren dus met name aspecten die dicht bij henzelf of hun relatie tot anderen lagen. Nadat we deze elementen hadden toegelicht, legden de jongeren uit onze expertgroep deze elementen op volgorde van belangrijkheid. De belangrijkste elementen kregen hierbij de meeste punten toegekend en de minst belangrijke de minste punten. In tabel 4 geven we de individuele scores per jongere voor elk onderdeel en de somscores per onderdeel weer.

Tabel 4

Individuele scores per jongere en somscore per mogelijk werkzaam element voor behandelmotivatie

Element	Jongeren					Totaal
	1	2	3	4	5	
Goed contact of goede relatie met behandelaar	10	6	10	10	8	44
Je hebt wat te zeggen, je mag meebeslissen	8	9	7	9	9	42
Behandelaar luistert écht naar je en keurt jou niet af	7	7	9	7	7	37
Hulpverleners geven jou het gevoel dat je het kunt	9	8	6	8	3	34
Er zijn niet te veel regels/straffen op de groep	6	2	10	5	5	28
Ouder(s)/verzorger(s) wordt/worden betrokken bij de behandeling	6	5	4	2	6	23
Andere jongeren doen hun best voor de behandeling, doen goed mee	4	3	3	1	10	21
Ouder(s)/verzorger(s) steunen jouw deelname aan de behandeling	3	4	5	3	4	19

Eén jongere gaf na het zien van de totaal-rangorde aan dat hij 'contact met behandelaar' naar boven (dus belangrijker) wilde plaatsen. Hierboven is zijn originele score aangehouden. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het niet altijd duidelijk was of jongeren de genoemde elementen zelf koppelden aan behandelmotivatie. Hoewel wij deze link telkens benadrukten, kan het zijn dat jongeren deze elementen in het algemeen belangrijk of prettig vonden, en niet specifiek voor het vergroten van hun motivatie voor behandeling.

Omdat we merkten dat er veel te bespreken was en jongeren ook veel input leverden voor de discussie, hebben we niet alle elementen uitgebreid kunnen bespreken. De thema's die we uitgebreider besproken hebben, lichten we hieronder toe. Daarnaast bleek ook dat sommige elementen wat lastiger los van elkaar te bespreken waren. Hieronder beschrijven we ze daarom zoals ze in het gesprek met jongeren aan bod kwamen.

5.1.1 Een goede band met de behandelaar (verbondenheid)

Jongeren vinden het hebben van een goed contact of een goede relatie met de behandelaar het belangrijkste voor behandelmotivatie. Ze waren het er niet volledig over eens of een behandelaar zelf iets kan doen om te zorgen voor een goede band met de jongere. Eén jongere benoemde dat het gaat om de klik, het gevoel dat hij bij een behandelaar krijgt. De anderen zagen wel aspecten die een behandelaar kan doen om een band met een jongere te krijgen of verbeteren. Ze gaven bijvoorbeeld aan dat een behandelaar te vertrouwen moet zijn en informatie niet zomaar moet doorspelen. Daarnaast stelden jongeren het op prijs als behandelaren zichzelf ook openstellen, bijvoorbeeld door informatie over zichzelf te delen, ook negatieve informatie. Dit kan zorgen voor een gevoel van gelijkwaardigheid. Jongeren hebben soms het idee dat behandelaren alleen werken om "uren te maken" en niet oprecht geïnteresseerd zijn in jongeren. Hierbij kan het helpen om interesse te tonen in bijvoorbeeld hun hobby's.

5.1.2 Je mag meebeslissen (autonomie)

Op de tweede plek staat de mogelijkheid om mee te kunnen beslissen. Dit kan bijvoorbeeld gaan over waar de jongere geplaatst wordt, aangezien ze hier vaak zelf niet veel over te zeggen hebben. Daarnaast kan het ook gaan over de inhoud van de behandeling en hoe deze vormgegeven wordt. Een jongere gaf specifiek aan dat hij pas ging meewerken toen hij mocht meebeslissen. Een andere jongere zei: "Als de behandelaar jou beveelt iets te doen, dan ga je het juist niet doen." Een jongere gaf aan dat het goed is als een behandelaar aandacht heeft voor de wensen en doelen van de jongere, en aan de jongere vraagt waar deze naartoe wil.

5.1.3 Hulpverleners geven het gevoel dat je het kunt (competentie)

Jongeren vinden complimenten fijn, maar wel met mate en op de juiste momenten. Ze gaven aan dat ze het voelen als iemand te overdreven positief doet. Daarnaast vonden ze dat complimenten vaak voor 'stomme dingen' gegeven worden, bijvoorbeeld voor simpele taken als iets opruimen. Hierdoor krijgen ze het gevoel dat ze als dom of licht verstandelijk beperkt gezien worden.

5.1.4 De rol van ouders

De rol van ouders bij behandelmotivatie lijkt complex. Ten eerste gaven jongeren aan dat zij voornamelijk niet willen dat ouders betrokken worden bij "hun shit". Het zorgt voor stress bij ouders, en dat vinden jongeren niet prettig. Daarnaast is het zwaar voor ouders (met name moeders) dat zij soms, aldus de jongeren, de schuld lijken te krijgen doordat van hen actieve betrokkenheid bij de behandeling wordt gevraagd. Aan de andere kant kan het juist ook wel motiveren om ouders te betrekken, omdat jongeren niet willen dat hun ouders zich zorgen maken. Concluderend stelden de jongeren dat het fijn is als ouders steunend zijn, maar dat ze niet bij de behandeling zelf betrokken moeten worden.

5.1.5 Aanvullingen vanuit jongeren

Jongeren werden ook uitgenodigd om zelf aanvullingen te geven op de door ons geselecteerde elementen. De volgende aanvullingen werden gedaan:

- Lees niet het dossier van een jongere, maar leer de jongere zelf kennen
- Heb ook af en toe contact buiten werktijd
- Wees ook bereikbaar buiten werktijd
- Observeer jongeren en hun talenten en geef ze een visie voor hun toekomst
- Beloon jongeren

Wat betreft contact buiten werktijden gaat het om twee verschillende dingen. Allereerst gaf een jongere aan dat hij het prettig vindt als hij zijn behandelaar kan bereiken buiten werktijden, dat deze reageert als het echt nodig is. Daarnaast gaat het om het buiten werktijden tonen van interesse in de jongere. Het komt voor deze jongeren niet oprecht over als tijdens werktijden de behandelaar heel geïnteresseerd is in (het leven van) de jongere, maar daarbuiten niets van zich laat horen. Jongeren kunnen het waarderen als behandelaren onthouden dat ze bijvoorbeeld een belangrijke sportwedstrijd hebben en hen daarbij succes wensen. Op die manier krijgen jongeren het gevoel dat een behandelaar oprecht geïnteresseerd in hen is.

Daarnaast noemden jongeren, nog voordat we in gesprek gingen over de verschillende elementen, dat ze ervaringsdeskundigheid op prijs stellen. Ze gaven aan dat het goed is als een behandelaar dezelfde achtergrond heeft (of bijvoorbeeld hetzelfde geloof) en de ervaringskennis werd gezien als beter dan kennis door scholing.

5.2 Tweede bijeenkomst

5.2.1 Perspectief bieden

Jongeren gaven aan dat het belangrijk is dat hulpverleners geen loze beloften doen. Een jongen gaf als voorbeeld dat hij toen hij gedetineerd zat graag onderwijs op zijn eigen (hbo-)niveau wilde doen. De instelling beloofde vervolgens dat dit geregeld zou worden, maar later bleek dit toch niet te lukken. Dit ervaaarde de jongen als zeer demotiverend. Daarnaast hebben de jongeren verschillende ervaringen als het gaat om hoe er met hun wensen en doelen werd omgegaan. Een jongen ontwikkelde tijdens detentie een passie voor muziek. Toen medewerkers zijn talent daarvoor zagen, werd er zelfs een muziekstudio gebouwd, zodat hij zich daarin verder kon ontwikkelen en iets positiefs had om naar uit te kijken. Een andere jongere, die in een andere instelling verbleef, kreeg

ook complimenten voor een optreden dat hij gaf, maar vervolgens werd hier geen aandacht meer aan besteed. Deze jongen wist ook niet goed wat hij wilde destijds, maar er was ook niemand die daar met hem over in gesprek ging. Een andere jongen geeft aan dat hij pas gemotiveerd raakte voor behandeling toen er echt geluisterd werd naar wat hij wilde.

5.2.2 De rol van ouder(s)/verzorger(s)

De visie die de jongeren hebben op het betrekken van ouder(s)/verzorger(s) lijkt sterk afhankelijk van hoe hun eigen (thuis)situatie is. Een jongere, die een sterke, maar ook soms explosieve band heeft met zijn moeder, beschreef dat zijn moeder wel eens betrokken werd bij de behandeling, maar zich vervolgens vanuit haar culturele achtergrond zo schaamde dat ze zich fysiek afreageerde op hem. Uiteindelijk werd er een manier gevonden om zijn moeder vooral bij de positieve dingen te betrekken, en wat minder bij de lastigere gesprekken. Van een jongere was de moeder overleden en de vader uit beeld, waardoor zijn zus optrad als voogd. Dit heeft hij als prettig ervaren, maar op een gegeven moment vond hij dat zij daar niet meer mee belast moest worden. Een andere jongere voelde helemaal geen band met zijn ouders en had ook niet gewild dat zij betrokken werden bij de behandeling. Tot slot geeft een jongen aan dat behandeling zich juist op ouders moet richten, want daar begint de problematiek vaak. Hij benadrukt ook waarom het belangrijk is om dit zorgvuldig te doen: "Ouders moeten zich niet incompetent gaan voelen."

De jongeren wijzen er ook op dat in sommige gezinnen ouders juist mee profiteren van de inkomsten die een jongere op illegale wijze vergaart. In die gevallen zal het volgens hen weinig zin hebben voor de behandelmotivatie om ouders daarbij te proberen te betrekken. Concluderend blijft het beeld dat de rol van ouder(s) of verzorger(s) binnen behandeling complex is. Evenals de plek van ouder(s) of verzorger(s) in de motivatie voor behandeling. Dit betekent ook dat maatwerk noodzakelijk is. Hierbij is het in elk geval belangrijk om zicht te krijgen op hoe de relatie tussen ouder en kind is, en om de jongere toestemming te vragen voor het betrekken van ouder(s)/verzorger(s). Zoals een jongere aangeeft: "Het moet hem niet opgelegd worden."

5.2.3 Wat moet een hulpverlener niet doen?

- Een behandelaar moet absoluut niet liegen, bedriegen, verraden of afspraken niet nakomen.
- Een behandelaar moet niet beginnen met het dossier van de jongere lezen, omdat dit diens beeld van de jongere meteen kleurt.
- Een behandelaar moet niet alleen over negatieve dingen praten, zoals waarom de jongere het delict gepleegd heeft.
- Een behandelaar moet niet alles volgens het boekje doen.

5.2.4 Wat moet een hulpverlener wel doen?

- Een behandelaar moet betrouwbaar zijn en gemaakte afspraken nakomen.
- Een behandelaar moet de jongere leren kennen.
- Om met een jongere in gesprek te komen, kan een behandelaar alternatieve manieren voor het gesprek op kantoor inzetten, door bijvoorbeeld te gaan voetballen met een jongere.
- Het is goed voor de gelijkwaardigheid en het vertrouwen in de werkrelatie als een behandelaar ook wat over zichzelf vertelt.
- Het werkt goed als een behandelaar in het contact met de jongere aansluit bij diens interesses (bijvoorbeeld muziek of sport).
- Omdat jongeren de context waarin zij zich bevinden (bijvoorbeeld de instelling waar zij verblijven) vaak als negatief ervaren, is het goed om hen af en toe hieruit te halen.
- Om probleembesef bij de jongere te vergroten, kan de behandelaar samen met de jongere de voor- en nadelen van bepaald gedrag of bepaalde keuzes op een rijtje zetten.
- Een behandelaar moet de jongere perspectief voor diens toekomst laten zien.

6. Resultaten expertsessie

6.1 De rol en de plek van de ouder(s)/verzorger(s)

Het betrekken van ouders bij de behandeling kan volgens de experts zeer complex zijn. Soms hebben ouders een andere mening over de psychische problematiek, of vinden ze het sowieso lastig of niet passend om dit type problemen buitenshuis te bespreken. Bij het bepalen van de rol die ouders kunnen spelen in het motiveren van jongeren is een belangrijk aspect hoe ouders tegenover de behandeling staan. Soms zijn zij de enigen die gemotiveerd zijn, dat kan dan helpen. Maar als de behandeling te veel om de ouders en hun betrokkenheid gaat draaien kan het averechts werken. Volgens de professionals zou het streven wel moeten zijn om ouders een steunende rol te geven. Er zijn wel bemoeilijkende factoren, zoals wanneer ouders zelf betrokken zijn bij criminele activiteiten. Het is daarom ook belangrijk om zicht te krijgen op hun achtergrond. Een deelnemer geeft aan dat jongeren variëren in hun behoefte om ouders bij de behandeling te betrekken. Een andere deelnemer waarschuwt dat het betrekken van ouders ook de ervaren autonomie van de jongere kan aantasten, wat weer gevolgen kan hebben voor de behandelmotivatie. Het is dus belangrijk om hierover in gesprek te blijven met de jongere en transparant te zijn over waarom je als professionals de ouder(s) zou willen betrekken. Tot slot is het goed om wat breder in het netwerk te kijken naar steunende figuren mochten ouders deze rol niet of niet volledig kunnen vervullen. De jongere zou hierin ook een belangrijke stem moeten hebben.

6.2 Wat werkt bij welke problematiek?

Een expert benoemt dat jongeren in de forensische jeugdzorg hun emoties vaak uiten in de vorm van boosheid of agressie. Hoewel vooral de omgeving last lijkt te hebben van dit soort gedrag vinden jongeren dit zelf ook niet prettig. Volgens de deelnemers is het belangrijk dat jongeren met externaliserende problematiek inzicht krijgen in waarom dit ook voor hen zelf, en niet alleen voor de omgeving, vervelend is. Tot die tijd kun je als behandelaar niet zo veel. Dit inzicht creëren kan door voorvallen met ze te bespreken, en samen na te gaan hoe ze zich voelden en hoe ze het de volgende keer anders zouden aanpakken. Een deelnemer noemt dat externaliserend probleemgedrag van een jongere ook de werkkrelatie met de behandelaar kan bemoeilijken. Een andere deelnemer noemt daarop dat het zou helpen als *trauma-informed care* een meer centrale rol zou krijgen in de opleiding van zorgverleners, zodat professionals op een andere manier naar externaliserend gedrag gaan kijken en meer oog hebben voor mogelijke trauma's die hier ten grondslag aan liggen. Ook bij internaliserende problematiek, zoals depressieve klachten of angsten, is het belangrijk dat aan jongeren wordt gevraagd hoe zij dit ervaren en op deze manier meer bewustzijn te creëren. Een van de deelnemers noemt dat er als er sprake is van middelengebruik het niet noodzakelijk is dat een jongere daarmee gestopt is alvorens de rest van de behandeling kan beginnen. Lang was het idee dat dit middelengebruik eerst naar beneden gebracht moest worden, maar hier is men op teruggekomen omdat veel jongeren juist functioneren bij een bepaalde hoeveelheid middelen, en hier dan niet zomaar mee kunnen stoppen.

6.3 Het bieden van toekomstperspectief

De deelnemers zijn het erover eens dat het bieden van perspectief belangrijk is voor de behandelmotivatie van jongeren. Om zicht te krijgen op welk perspectief er is, is het van belang om als hulpverlener transparant en duidelijk te zijn naar de jongere toe over de situatie waar deze in zit, welke stappen er nog genomen moeten worden, en welke stappen er al genomen zijn. Dit geeft overzicht voor jongeren van waar de personen om hen heen mee bezig zijn. Dit maakt de kans groter dat zij het volhouden. Bovendien krijgen ze hierdoor vertrouwen in de instantie waarmee ze te maken hebben, maar ook in zichzelf, dat ze bepaalde dingen kunnen bereiken. Het is tot slot wel belangrijk dat de situatie niet rooskleuriger wordt geschetst dan deze is.

6.4 Typen behandeling

Een deelnemer geeft aan dat het ook kan uitmaken of er sprake is van individuele behandeling, groepsbehandeling of systeembehandeling. "Alles valt of staat met veiligheid. Als een jongere zich niet veilig voelt, kun je net zo goed stoppen met de sessie". Hij noemt hierbij ook een voorbeeld van jongeren die in groepsverband negatief op elkaar reageren. Bij systeemtherapie kan iets vergelijkbaars optreden, als bijvoorbeeld een moeder de therapie als het ware overneemt en

namens een jongere gaat praten. Uiteraard kan dit invloed hebben op de mate waarin jongeren vervolgens gemotiveerd zijn om (actief) deel te nemen aan de behandeling.

6.5 Verbondenheid

Omdat dit aspect uitgebreid aan bod is gekomen in de literatuurstudie en in de bijeenkomsten met jongeren, was het geen centraal thema tijdens de expertsessie. Een van de deelnemers gaf echter een goede aanvulling op onze bevindingen. Zij vertelde dat er soms signalen zijn dat hoe meer zij zich binnen de behandelsetting op de relatie met de jongere gaan richten, hoe minder zin jongeren hebben om weer te komen, omdat ze juist het aangaan van contact met behandelaars te moeilijk vinden. Voor goed contact tussen jongeren en hun behandelaar lijkt het dus belangrijk om ervoor te zorgen dat dit contact voldoende aansluit bij de behoeften van jongeren, omdat het voor sommigen voldoende (en soms prettiger) zal zijn om de relatie wat zakelijker en instrumenteler te houden. Anderzijds is het misschien toch nodig om het échte contact aan te gaan om daadwerkelijke verandering te bewerkstelligen.

7. Discussie en conclusie

7.1 Bevindingen

We voerden een literatuurstudie uit naar behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg. Daarnaast organiseerden we bijeenkomsten met jongeren die zelf te maken hebben (gehad) met de forensische jeugdzorg en professionals uit de praktijk. Hieronder bespreken we de bevindingen, waarmee we ook antwoord geven op de onderzoeksvragen, zoals geformuleerd in paragraaf 2.2.

7.1.1 Statische en dynamische factoren

In ons onderzoek keken we naar statische en dynamische factoren die de behandelmotivatie bij deze jongeren beïnvloeden. De statische factoren van jongeren waarover geïnccludeerde studies rapporteerden (leeftijd, gender en etnisch-culturele achtergrond) hingen in de meeste studies niet samen met behandelmotivatie. Over de dynamische factoren vonden we onder andere resultaten over hoe de drie psychologische basisbehoeften (verbondenheid, autonomie en competentie) vanuit de zelfdeterminatietheorie samenhangen met behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg.

Onze bevindingen laten zien dat **verbondenheid**, met name in de vorm van werkaliantie of relatie met de hulpverlener, samenhangt met meer motivatie voor behandeling. Dit komt naar voren in zowel enkele cross-sectionele studies, waar beide concepten gelijktijdig zijn gemeten, als in één longitudinale studie. Kwalitatief onderzoek laat bovendien zien dat ook hulpverleners het belang van een goede relatie met cliënten benadrukken.

Over **autonomie** vonden we indicaties dat repressie en dwang in een behandelomgeving samenhangen met minder motivatie voor behandeling. Meer openheid en ruimte voor autonomie lijken juist samen te hangen met meer behandelmotivatie. Toch vonden niet alle studies dit verband.

Tot slot blijkt uit de literatuur dat de relatie tussen **competentie** en behandelmotivatie niet eenduidig is. Hoewel een aantal studies laten zien dat jongeren met een sterker gevoel van eigenwaarde gemotiveerder zijn, lijkt dit niet te gelden voor alle aspecten van eigenwaarde. Kwalitatief onderzoek geeft meer zicht op de mogelijke complexiteit die ten grondslag ligt aan de rol die competentie speelt bij behandelmotivatie. Hieruit blijkt dat behandeling het gevoel van competentie zowel kan aantasten als bevorderen, wat vervolgens ook gevolgen kan hebben voor de mate waarin de jongere gemotiveerd is om de behandeling te blijven volgen.

Subgroepen op basis van problematiek

Jongeren in de forensische jeugdzorg laten een grote verscheidenheid aan problematiek zien. Eerder onderzoek toonde aan dat jongeren in de forensische jeugdzorg in zeven subgroepen kunnen worden onderscheiden (Hillege et al., 2017; Hillege et al., 2020):

1. Seksuele problemen
2. Antisociale identiteit en mentale gezondheidsproblemen
3. Gebrekkige empathie en geweten
4. *Flat profile* (meer problemen dan gemiddelde populatie, maar gemiddelde scores op de verschillende domeinen vergeleken met de andere subgroepen)
5. Gezinsproblemen
6. Problemen met middelengebruik
7. Seksuele, cognitieve en sociale problemen

De geïnccludeerde studies in ons onderzoek geven beperkt zicht op de mate waarin deze typen problematiek samenhangen met de mate waarin jongeren gemotiveerd zijn voor behandeling. Zo zagen we in enkele studies dat internaliserende problematiek, zoals angst- of depressieve klachten, samenhangt met meer behandelmotivatie. Externaliserende problematiek, zoals boosheid en agressie, leek juist samen te hangen met minder behandelmotivatie. Belangrijk hierbij is om op te merken dat bij veel jongeren in de forensische jeugdzorg sprake is van een combinatie van deze problemen. Over middelengebruik vinden we minder eenduidige resultaten. Hierbij lijkt vooral de mate waarin de jongeren problemen ervaren van hun middelengebruik van belang te zijn voor hun motivatie voor behandeling. Opvallend was dat er in de artikelen in onze literatuurstudie geen

specifieke aandacht werd geschonken aan de mogelijke rol die een lichte verstandelijke beperking kan spelen bij de behandelmotivatie.

7.1.2 Houding en werkwijze van professionals

Ons onderzoek geeft verschillende indicaties voor hoe de houding en werkwijze van professionals behandelmotivatie van jongeren in de forensische jeugdzorg kunnen vergroten.

Uit de literatuur kwam het belang van een steunende houding van hulpverleners naar voren. Hierbij gaat het om professionaliteit en responsiviteit richting jongeren en hun behoeften en zorgen. Belangrijke concrete praktijken van hulpverleners bleken: aandacht hebben, vertrouwen wekken, goed luisteren en (informeel) positief bekrachtigen of belonen. Ook naar voren kwam aandacht voor wat jongeren zelf goede zorg vinden, samenwerking met jongeren en op de individuele jongeren aangepaste strategieën.

Deze resultaten hebben veel raakvlakken met de visies van jongeren waarover ze ons vertelden tijdens de twee bijeenkomsten. Als het gaat om elementen die volgens de literatuur behandelmotivatie kunnen versterken, gaven de jongeren de hoogste scores aan de elementen die raken aan de houding en werkwijze van hulpverleners. Jongeren vinden het belangrijk dat hulpverleners betrouwbaar en oprecht geïnteresseerd zijn, zichzelf openstellen en ook persoonlijke informatie delen en soms afwijken van de gebaande paden, bijvoorbeeld als het gaat om contact buiten werktijd of een gesprek/activiteit buiten kantoor.

Daarnaast gaven jongeren aan dat het hun (behandel)motivatie vergroot als hulpverleners de visies van jongeren zelf op de behandeling van invloed laten zijn; wat gerelateerd is aan het vergroten van autonomie. Ook benadrukten ze het belang van aandacht voor de positieve kanten en talenten van jongeren. Bijvoorbeeld in de vorm van subtiele beloningen of complimenten (met mate), maar ook in de vorm van het bieden van kansen om meer met hun talenten te kunnen doen. Tot slot gaven jongeren ook aan dat ze graag in contact komen met ervaringsdeskundigen. Volgens hen is het goed als een behandelaar dezelfde achtergrond heeft (of bijvoorbeeld hetzelfde geloof). Zij vonden ervaringskennis beter dan kennis door scholing.

Met praktijkprofessionals gingen we onder andere in gesprek over onze aanbeveling 'het bieden van perspectief'. De aanwezigen vonden dit een voor de behandelmotivatie belangrijk onderdeel van de houding en werkwijze van de hulpverlener. Hierbij benadrukten ze het belang van overzicht creëren van waar de jongere nu staat, waar die naartoe wil en wat daarvoor nodig is. In dit proces moeten hulpverleners transparant en duidelijk zijn, voegden de professionals hieraan toe.

In paragraaf 7.4 doen we enkele aanbevelingen voor de praktijk, waarbij we concrete handvatten geven voor de houding en werkwijze van professionals.

7.1.3 Behandelcontext en behandeling

Ook kenmerken van de behandelcontext en de behandeling en begeleiding die jongeren ontvangen, kunnen hun behandelmotivatie beïnvloeden. Als het gaat om de behandelcontext liet de literatuur zien dat een open groepsklimaat en elementen hiervan vaak samengaan met een grotere behandelmotivatie. Een open groepsklimaat heerst in een fysieke en sociale behandelomgeving die gevoelens van veiligheid en vertrouwen wekken. Andere kenmerken van een open groepsklimaat zijn een steunende houding van hulpverleners en voldoende ruimte voor leren en ontwikkeling. Een belangrijk kenmerk van een gesloten groepsklimaat daarentegen is een hoge mate van repressie. Dit betekent dat een behandelomgeving veel striktheid, controle, oneerlijke of willekeurige regels en weinig ruimte voor autonomie kent. Zo'n gesloten groepsklimaat bleek in twee studies negatief, en in één studie niet significant samen te hangen met behandelmotivatie.

Wat betreft de behandeling zelf, wees de literatuur op een aantal kenmerken die voor jongeren redenen kunnen zijn om minder behandeling te volgen of om ermee te stoppen. Hierbij ging het om een algemene ontevredenheid over de behandeling, en de structuur die behandeling kan opleggen en die negatieve gevoelens van beperking bij jongeren kan oproepen. Bij deze gevoelens is het, volgens de betreffende studie, belangrijk dat jongeren deze samen met hulpverleners leren verwerken en reguleren. Verder waren jongeren in een enkele studie vooral geïnteresseerd in

directieve en actieve therapie en in betrokkenheid van ouders. Ze hadden minder interesse in informele gesprekken.

In de twee bijeenkomsten met jongeren hebben we niet uitgebreid met hen gesproken over de eventuele invloed van de behandelcontext en de soorten behandeling op hun behandelmotivatie. Wel deden de jongeren een aantal uitspraken die hieraan raken, waarvan een belangrijk deel gaat over de houding en werkwijze van professionals (zie paragraaf 7.1.2). Zoals ook daar aangegeven, benadrukten jongeren het belang van kunnen meebeslissen voor de mate waarin zij gemotiveerd zijn of waren voor de behandeling. Dit meebeslissen kan gaan over de behandelomgeving waar de jongere wordt geplaatst, maar ook over de inhoud van de behandeling. Waar jongeren in één studie aangaven ouderbetrokkenheid belangrijk te vinden voor hun behandelmotivatie, waren de jongeren tijdens de bijeenkomsten daar minder positief over. Op basis van de bijeenkomsten concludeerden we dat ouderbetrokkenheid complex is en maatwerk nodig is.

De praktijkprofessionals lieten zich desgevraagd ook uit over de betrokkenheid van ouder(s)/verzorger(s) bij de behandeling. Of dit de behandelmotivatie van jongeren vergroot, hangt volgens hen af van onder andere verschillende kenmerken van de ouders zelf en de houding van ouders tegenover de behandeling. Ouders een steunende rol geven, is volgens experts wel een goed uitgangspunt, maar is niet in elke situatie passend. In bepaalde situaties is het volgens experts beter om iemand anders uit het sociaal netwerk te betrekken. Een ander tijdens de expertbijeenkomst besproken punt, dat aansluit bij het element van behandeling, is het bieden van toekomstperspectief. Om dit perspectief te kunnen bieden, vonden experts transparantie, duidelijkheid en overzicht creëren belangrijke onderdelen van behandeling.

In de artikelen die wij in onze literatuurstudie hebben geïncludeerd, werd de behandeling die jongeren ontvingen vaak niet uitgebreid beschreven. Het type behandeling kan echter wel uitmaken voor de motivatie die een jongere laat zien. Een jongere kan in groepsverband, met name wanneer deze zich niet veilig voelt in een groep, heel ongemotiveerd overkomen, en daarentegen juist wel goed meedoen aan individuele behandeling. Het blijft belangrijk om in gedachten te houden dat behandelmotivatie een dynamisch concept is. En dus ook kan afhangen van de behandeling die aan een jongere wordt aangeboden.

Onze literatuurstudie is sterk gericht op kenmerken van de jongere en de behandelomgeving, inclusief de professionals met wie jongeren te maken hebben, maar ook de bredere context kan een rol spelen in de motivatie voor behandeling. Zeer regelmatig hebben jongeren in de forensische jeugdzorg te maken met allerlei professionals vanuit verschillende betrokken ketenpartners. Het is belangrijk dat deze personen zo veel mogelijk op één lijn zitten, van elkaar weten wat ze doen, en zich er bewust van zijn dat het contact van de ene professional met de jongere invloed kan hebben op het contact van de andere professional met de jongere. Belangrijk is ook om aandacht te hebben voor 'hulpverleningsmoeheid'. Als er sprake is van te veel hulpverleners zou dit invloed kunnen hebben op de motivatie van de jongere.

7.1.4 Effectieve of veelbelovende interventies

Het aantal studies dat onderzocht hoe de motivatie voor behandeling vergroot kan worden, specifiek voor jongeren in de forensische jeugdzorg, is zeer beperkt. In 4.3 bespraken we drie studies naar een specifieke interventie gericht op het versterken van de behandelmotivatie bij deze doelgroep. Deze studies lieten zien dat motiverende gespreksvoering samenhangt met minder *negative engagement* (onder andere niet serieus meedoen met de behandeling) en met een betere therapeutische relatie vergeleken met ontspanningstraining. Een andere studie vond dat het toevoegen van normatieve feedback (met betrekking tot middelengebruik) aan motiverende gespreksvoering-interventies niet samenhangt met meer behandelmotivatie. Tot slot liet een derde studie, waarbij een *treatment readiness and induction program* werd ingezet, zien dat deze jongeren vaker hun probleem erkenden en ondersteuning wilden.

Voor meer kennis over op motivatie gerichte interventies verwijzen we naar de literatuurstudie van McMurran (2009) naar de effectiviteit van *motivational interviewing* (MI) bij personen die delicten pleegden. Zij vond dat MI bij deze populatie met name gebruik wordt om *retention* en *engagement* in behandeling te vergroten, motivatie tot verandering te verbeteren en gedrag te veranderen. Concluderend stelt McMurran dat MI kan leiden tot verbeterde *retention* in behandeling, meer

motivatie om te veranderen, en minder delictgedrag. Er was echter wel variatie te zien onder de geïncludeerde studies en niet alle studies lieten deze effecten zien. McMurrans stelt dat meer en beter onderzoek nodig is naar *motivational interviewing* bij deze doelgroep, waarbij ook aandacht moet zijn voor de integriteit van de uitvoering. De literatuurstudie van Brauers en collega's (2016) richtte zich op aanknopingspunten voor het vergroten van behandelmotivatie van jongeren in de (verplichte) residentiële jeugdzorg, waaronder enkele interventies. De onderzoekers concluderen dat in hun review motiverende gespreksvoering de enige interventie is die alle drie de psychologische basisbehoeften van jongeren in de residentiële jeugdzorg vergroot, en stellen dat verbondenheid vaker onderzocht is dan autonomie en competentie (Brauers et al., 2016). Ook twee andere literatuurstudies over op motivatie gerichte interventies zijn mogelijk interessant. Dit zijn die van Dunne en collega's (2016) over *youth engagement strategies* bij interventies gericht op de mentale gezondheid en middelengebruik en de literatuurstudie van Barnett en collega's (2012) over *motivational interviewing* bij middelengebruik in de adolescentie.

7.1.5 Thema's project 'Back to the Future'

Bij het KFZ-J project 'Back to the Future' (BTFF), waarbij samen met experts de onderzoeksagenda voor de toekomst van de forensische jeugdzorg is verkend, onderzocht en vastgesteld, kwamen een aantal belangrijke thema's naar voren. Twee van deze thema's, en de mate waarin de thema's een plek hadden in de geïncludeerde studies, bespreken we hieronder.

Shared decision making

Een van de conclusies van het BTFF-project is dat in de toekomst het samen formuleren van behandeldoelen – *shared decision making* – waarschijnlijk een (nog) belangrijker onderdeel wordt van goede zorg en behandeling.⁷ Het principe van *shared decision making* kwam ook in verschillende studies naar voren, als onderdeel van de (wijze van) behandeling of een bepaalde onderzochte interventie. Daar waar dit expliciet benoemd werd, ging het vooral om het betrekken van, of nadenken met, jongeren (en in een enkel geval daarnaast ook familie) bij of over het behandelplan, behandeldoelen en/of beloningen voor het doorgaan met behandeling. De relatie tussen *shared decision making* en behandelmotivatie was in deze gevallen niet onderwerp van onderzoek, maar een deel van de resultaten raakt hier wel aan. Dat geldt bijvoorbeeld voor het thema autonomie, zoals besproken bij 7.1.1. Verschillende studies vonden een positief verband tussen ervaren autonomie en behandelmotivatie. Ook waren er indicaties dat een repressieve behandelsetting of een behandeling met veel opgelegde structuur samenhangt met minder behandelmotivatie.

Positieve psychologie

Daarnaast kwam bij het BTFF-project het thema 'positieve psychologie' naar voren. De gedachte achter het belang van positieve psychologie is dat de nadruk in de forensische jeugdzorg steeds meer verschuift van het verminderen van risicofactoren naar het versterken van veerkracht, het formuleren van heldere doelen, competentiegericht werken en empowerment, passend bij herstelondersteunende zorg.⁸ In de geïncludeerde studies zagen we dat binnen enkele behandelingen jongeren worden aangemoedigd om doelen te formuleren voor hun leven waarbij aandacht is voor hun interesses en talenten, evenals voor het ontdekken en versterken van hun sterke punten. De studies in onze literatuurstudie keken echter niet naar de relatie tussen deze aspecten van de behandelingen en de motivatie die jongeren hebben om deze behandelingen te volgen. Wel sluit het thema in enige mate aan bij het thema competentie. Daarnaast kwam in gesprekken met jongeren en praktijkprofessionals naar voren dat het belangrijk is om perspectief te bieden en aandacht te hebben voor de talenten van een jongere, zoals besproken bij 7.1.2.

7.2 Beperkingen van het huidige onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Allereerst komt onze definitie en afbakening van 'behandelmotivatie' niet altijd overeen met de operationalisaties van diverse geïncludeerde studies. In enkele studies werd het concept van behandelmotivatie op een bredere wijze gedefinieerd en werd

⁷ <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-aea4-d3773cabfd43/42c311e3-b0b7-48c3-bec6-9a6df7007d8a/btff-korte-versie.pdf>

⁸ <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-aea4-d3773cabfd43/42c311e3-b0b7-48c3-bec6-9a6df7007d8a/btff-korte-versie.pdf>

bijvoorbeeld de werkaliantie meegenomen als onderdeel van de behandelmotivatie. Doordat onderzochte associaties in deze studies niet altijd zijn uitgesplitst in onderdelen of subschalen van behandelmotivatie kunnen we niet met zekerheid stellen of deze relatie dan ook geldt voor het deel dat voor deze literatuurstudie relevant was.

Daarnaast hebben we studies uitgevoerd in verschillende settings als één groep behandeld. Dit is mogelijk niet gerechtvaardigd, omdat de forensische jeugdzorg in verschillende landen op een andere manier is ingericht. In sommige landen kan bijvoorbeeld middelengebruik voldoende reden zijn voor een strafoplegging. In artikelen was niet altijd duidelijk of er een strafrechtelijk kader was en of dit dan vergelijkbaar was met de Nederlandse situatie. Bij het includeren van artikelen hebben we er daarom nadrukkelijk op gelet dat er sprake was van gedrag waarvoor een jongere met politie/justitie in aanraking zou kunnen komen of dat er een doorverwijzing was vanuit justitie, waarbij het niet voldoende was als er alleen sprake was van bijvoorbeeld verslaving. Om de interpretatie van de bevindingen te bevorderen hebben we zoveel mogelijk beschreven in welke setting de studies zijn uitgevoerd, zowel bij het beschrijven van de resultaten als in de tabel in bijlage 8.1.

Ook belangrijk om te vermelden is dat we voor de bijeenkomsten met de expertgroep van jongeren zelf een selectie hebben gemaakt van te bespreken onderwerpen. Hoewel deze selectie gebaseerd was op bevindingen van de literatuurstudie (tot dan toe) kan dit ook tot gevolg hebben gehad dat jongeren niet de voor hen belangrijkste thema's hebben kunnen belichten. We hebben geprobeerd hierin tegemoet te komen door hen ook te vragen met eigen thema's te komen, wat een aantal van deze jongeren ook deden.

Tot slot waren er uiteindelijk minder deelnemers aan de expertsessie dan van tevoren verwacht. Dit betekent dat de punten die tijdens deze bijeenkomst naar voren kwamen, werden aangedragen door een klein aantal personen. We verwachten dat, in aanvulling op de expertsessie, de betrokkenheid van de begeleidingscommissie eraan heeft bijgedragen dat de aanbevelingen die we uiteindelijk doen in dit rapport wel aansluiten bij de praktijk.

7.3 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

In deze literatuurstudie onderzochten we welke aspecten, bijvoorbeeld kenmerken van jongeren of van de behandelcontext, samenhangen met behandelmotivatie, maar hebben we niet onderzocht hoe deze aspecten vervolgens kunnen worden beïnvloed. Om hier meer zicht op te krijgen, is het aan te raden literatuur te raadplegen over het versterken van bijvoorbeeld de ervaren verbondenheid, autonomie en competentie, over het verbeteren van hulpverlenersvaardigheden en over het creëren van een open en veilig groepsklimaat. Uit onze gesprekken met jongeren en professionals kwamen wel enkele aanknopingspunten hiervoor naar voren. Deze hebben we meegenomen in de formulering van de aanbevelingen.

Omdat motivatie niet zozeer persoonsgebonden, maar meer situatiegebonden is, is het nodig om meer zicht te krijgen op de situatie waarin jongeren binnen de forensische jeugdzorg zich bevinden. Met het oog op de grote variatie van hoe de forensische jeugdzorg in verschillende landen is ingericht, zou het daarom behulpzaam zijn als onderzoekers meer informatie geven over de context en inhoud van de behandeling. Het kan bijvoorbeeld relevant zijn om te weten of er sprake is van een open of gesloten setting, in hoeverre er bij de plaatsing bemoeienis is van het (jeugd)strafrecht en of jongeren op hun problematiek gerichte, individuele behandeling krijgen.

Daarnaast is het waardevol om meer zicht te krijgen op de samenhang tussen het type behandeling en de behandelmotivatie bij jongeren. Hoewel de geïnccludeerde literatuur hier onvoldoende informatie over biedt, is het denkbaar dat de ene jongere meer gemotiveerd is voor op praten gebaseerde therapie, terwijl een andere jongere meer geïnteresseerd is in alternatieve vormen van therapie, zoals lichaamsgerichte therapie. Meer onderzoek naar specifieke interventies gericht op het versterken van de motivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg is ook nodig, omdat bevindingen uit bijvoorbeeld de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg of de volwassen forensische zorg mogelijk niet gelden voor jongeren.

Ook viel op dat weinig studies gebruik maken van een longitudinaal design, en dat behandelmotivatie vaak slechts op één moment gemeten wordt. Zoals eerder beschreven, is behandelmotivatie een dynamisch construct. Het is denkbaar dat allerlei dagelijkse factoren invloed kunnen hebben op een

momentopname van behandelmotivatie. Daarom, en om meer zicht te krijgen op de ontwikkeling van de behandelmotivatie bij jongeren in de forensische jeugdzorg, is het relevant om dit op meerdere momenten tijdens een traject te meten.

Met betrekking tot kenmerken van de jongeren zou het interessant zijn om de hulpverleningsgeschiedenis van jongeren mee te nemen in de analyses, omdat vanuit de praktijk ervaren wordt dat hoe meer hulpverleningstrajecten een jongere heeft doorlopen, hoe lastiger is om deze weer te motiveren en een behandelrelatie op te bouwen.

In dit rapport beschreven we de bevindingen voor verschillende mogelijke voorspellers van behandelmotivatie los van elkaar, zoals ze in de meeste gevallen onderzocht zijn. Het is echter belangrijk om op te merken dat de verschillende elementen ook met elkaar kunnen samenhangen. Zo laat studie 4 zien dat de werkaliantie met de hulpverlener samenhangt met behandelmotivatie, maar níet voor jongeren die verplichte behandeling kregen. Daarnaast vond studie 2 dat de werkaliantie ook invloed kan hebben op de houding of inzet van hulpverleners, wat mogelijk ook weer invloed heeft op de werkaliantie. In toekomstig onderzoek is het belangrijk om deze interacties, en waar mogelijk de ontwikkeling daarvan over tijd, mee te nemen in de analyses.

7.4 Aanbevelingen voor de praktijk

Op basis van de literatuurstudie, de twee bijeenkomsten met jongeren, de input van de begeleidingscommissie en de expertsessie met praktijkprofessionals doen wij een aantal aanbevelingen voor zowel de forensische jeugdzorg in haar geheel, als voor hulpverleners die binnen deze setting werken.

7.4.1 Aanbevelingen voor de forensische jeugdzorg

Streef zo mogelijk naar een open groepsklimaat

Streef naar een behandelcontext waarin een open groepsklimaat heerst, waar jongeren zich veilig en vertrouwd voelen, hulpverleners een steunende houding hebben en er voldoende ruimte is voor leren en ontwikkeling. Dit sluit aan bij de ontwikkeling van de Kleinschalige Voorzieningen Justitiële Jeugd (KVJJ), die tot op heden echter onderbenut worden.⁹

Geef hulpverleners tijd en ruimte om een vertrouwensband met jongeren op te bouwen

Maak het leren kennen van de jongere en het opbouwen van een vertrouwensband een standaard behandelgoal in het behandelplan, zodat de professional hier de ruimte en tijd voor ervaart en neemt. Geef hulpverleners bovendien de ruimte om hun contact af te stemmen bij wat past bij de jongere.

Laat jongeren meebeslissen

Geef jongerenparticipatie een belangrijke plek binnen het behandelprogramma en laat jongeren meedenken over het dagelijkse leven op bijvoorbeeld een leefgroep.

Bied meer kansen en perspectief

Om jongeren meer gevoel van competentie en groei te kunnen laten ervaren en iets positiefs te geven om naar te streven, is het belangrijk om hen de mogelijkheid te geven zich te ontwikkelen. Zorg ervoor dat jongeren onderwijs op hun eigen niveau kunnen volgen, ook als zij bijvoorbeeld gedetineerd zitten. Zorg dat er daarnaast ook mogelijkheden zijn om hun talenten te ontplooiën.

7.4.2 Aanbevelingen voor hulpverleners in de forensische jeugdzorg

Investeer in de persoonlijke relatie met jongeren

Door aandacht te besteden aan de persoonlijke relatie met de jongere kan deze meer **verbondenheid** ervaren. Dit kan bijdragen aan meer motivatie voor behandeling.

- Luister écht naar wat de jongere vertelt, en onthoud ook wat deze zegt, zodat de jongere niet telkens hetzelfde hoeft te vertellen en zich meer gehoord voelt.

⁹ <https://open.overheid.nl/repository/ronl-ce4566bc98646c504ae5baa937c1cd107b93bf41/1/pdf/antwoorden-kamervragen-over-het-bericht-dat-kleinschalige-jeugdgevangenis-veinig-gebruikt-worden.pdf>

- Wees nieuwsgierig en toon interesse. Niet alleen in de problematiek van de jongere, maar vooral in wat er verder in de jongere omgaat en wat de jongere bezighoudt (zoals hobby's).
- Probeer meer 'out of the box' te denken wat betreft de vorm van het contact; ga eens wandelen, een potje voetballen of iets anders leuks doen met de jongere, zodat het contact minder officieel is en er meer ruimte is voor de persoonlijke relatie.
- Toon (waar mogelijk) je betrokkenheid niet alleen tijdens werktijden, stuur eens een berichtje als de jongere iets belangrijks heeft buiten werktijden.
- Heb het met de jongere over wat diens wensen en behoeften zijn als het gaat om het contact met de behandelaar (bijvoorbeeld informeel of juist formeler en instrumenteler) en stem hierop af.
- Wees eerlijk, echt en transparant; jongeren voelen het aan als je dat niet bent of als je hen of het gesprek een bepaalde kant op wilt sturen zonder daar eerlijk over te zijn.
- Laat ook wat van jezelf en je persoonlijke of privé kant zien, deel iets over je eigen hobby's of interesses of dingen die je lastig vindt in het leven. Dit kan zorgen voor meer gelijkwaardigheid in het contact.

Geef jongeren een stem in beslissingen die hen aangaan

Door jongeren te laten meebeslissen in zaken die hen aangaan, kunnen zij een sterker gevoel van **autonomie** ervaren, wat de behandelmotivatie kan vergroten. Door praktische en systemische belemmeringen (bijvoorbeeld een tekort aan geschikte verblijfplekken) blijkt het lastig te zijn om jongeren te laten meebeslissen over hun traject, en bijvoorbeeld over waar ze naartoe gaan als zij detentie verlaten. Het is daarom des te belangrijker om jongeren binnen de behandeling enige mate van eigen regie te geven.

- Vraag naar de wensen en de behoeften van de jongeren, en start bij voorkeur met waar jongeren zelf aan willen werken, niet waar de behandelaar de meeste urgentie in ervaart.
- Neem jongeren mee in de besluitvorming over hun eventuele vervolgtraject. Luister naar wat zij willen, maar wees ook eerlijk over de opties die er daadwerkelijk zijn.
- Als een jongere zelf met een idee of plan komt en dit kan onderbouwen, geef de jongere de ruimte om het uit te proberen.
- Regel niet alles voor een jongere, maar laat ze waar mogelijk zelf dingen doen (bijvoorbeeld een motivatiebrief schrijven voor een vervolgplek).

Zoek naar een passende rol voor ouder(s)/verzorger(s)

Met betrekking tot de **ouder(s)/verzorger(s)** is het belangrijk om hun rol en betrokkenheid bij de behandeling bespreekbaar te maken en te kijken waar mogelijkheden zijn om hen te betrekken.

- Probeer zicht te krijgen op de relatie tussen ouder(s) en kind. Als er sprake is van een enigszins gezonde relatie, dan kan het erg de moeite waard zijn om de behandeling hier meer op te richten.
- Houd rekening met culturele verschillen. Voor sommige ouders kan het heel schaamtevol zijn dat hun kind behandeling nodig heeft voor bepaalde problematiek. Wees je ervan bewust dat het betrekken van ouders dan negatieve gevolgen kan hebben voor de jongere.
- Bespreek met de jongere of en wanneer je ouders wilt gaan betrekken. Het kan nodig zijn om eerst een vertrouwensband met de jongere op te bouwen alvorens de ouders bij de behandeling uit te nodigen.
- Kijk verder dan ouders. Soms zijn er andere volwassenen in het leven van de jongere die een belangrijke rol voor de jongere innemen. Ga hierover in gesprek met de jongere.

Vergroot het probleembesef

Als bij een jongere de **externaliserende problematiek**, bijvoorbeeld boosheid of agressie, op de voorgrond staat, ga in gesprek over de gevolgen daarvan. Doe dit vooral als de jongere weer wat rustiger is. Probeer samen te reflecteren op wat de jongere van een bepaald voorval vond, tot welke negatieve gevolgen het eigen gedrag leidde, en wat de jongere de volgende keer anders zou willen doen. Op deze manier gaan jongeren zelf beter doorkrijgen dat niet alleen de omgeving, maar ook zichzelf last hebben van het externaliserende gedrag. Dit geldt ook bij middelenproblematiek, dat op zichzelf ook de behandeling in de weg kan staan. Jongeren die meer last ervaren van hun eigen gedrag zijn vaker gemotiveerd voor behandeling.

Heb aandacht voor internaliserende problematiek en trauma

Bij veel jongeren in de forensische jeugdzorg is sprake van traumagerelateerde klachten, hechtingsproblematiek, angst of depressieve symptomen. Soms is dat lastiger te zien, doordat externaliserend probleemgedrag meer op de voorgrond staat. Het is daarom extra belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan deze **internaliserende problematiek**. Het kan ook zo zijn dat jongeren zelf niet goed weten dat ze kampen met bijvoorbeeld een depressie, omdat hun beeld van hoe dit er bij jongeren uit kan zien beperkt is. Psycho-educatie kan hierin een belangrijke rol spelen.

Complimenteer, maar met mate

Complimenten over het gedrag kunnen eraan bijdragen dat jongeren meer gevoel van eigenwaarde en **competentie** ervaren. Het is echter wel belangrijk dat dit met mate en op een oprechte manier gebeurt. Besef dat jongeren het gevoel kunnen hebben dat ze als dom of verstandelijk beperkt worden gezien als ze te vaak complimenten ontvangen voor wat zij zien als 'simpele' dingen.

Verken mogelijkheden en bied perspectief

Het helpt jongeren in de forensische jeugdzorg om een doel en iets waar ze naartoe kunnen werken te hebben.

- Heb aandacht voor de talenten van de jongere, kijk waar deze enthousiast van wordt.
- Ga na hoe je de jongere de mogelijkheid kan geven om hun talenten te ontplooiën.
- Vraag de jongere wat deze wil, bijvoorbeeld in de periode na de behandeling. Als deze het niet goed weet, probeer dit dan samen met de jongere uit te zoeken.
- Doe geen loze beloften. Als niet weet of je iets kan waarmaken, belooft het dan niet.

8. Bijlagen

8.1 Geïnccludeerde studies

Studie	Land	Type studie ^{10 11}	Design/Metingen	Respondenten	Behandelcontext ¹²	Behandelmotivatie
1. Abram et al. (2007)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongeren (n=1829, gemiddeld 14.9 jaar, tussen de 10-18 jaar, 1172 jongens, 657 meisjes)	<i>Juvenile temporary detention center</i>	Tevredenheid met behandeling en barrières voor het starten of doorgaan met behandeling
2. Baker-Ericzén et al. (2012)	Verenigde Staten	X	Exploratief, focusgroepen (met ouders en therapeuten) en semi-gestructureerde interviews (met jongeren)	Therapeuten (n=26, 3 mannen, 23 vrouwen), ouders (n=14, 28% 24-45 jaar, 71% 46-60 jaar, 3 mannen, 11 vrouwen), jongeren (n=10, gemiddeld 11.4 jaar, 9 jongens, 1 meisje)	<i>Community child mental health clinics</i>	<i>Treatment barriers</i>
3. Battjes et al. (2003)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongeren (n=196, gemiddeld 16 jaar, tussen de 14-18 jaar, 169 jongens, 27 meisjes)	<i>Adolescent outpatient substance abuse treatment program</i>	<i>Readiness, gemeten met de Circumstances, Motivation, and Readiness Scales</i>
4. Boel-Studt et al. (2018)	Verenigde Staten	X	Semi-gestructureerde focusgroepen	<i>Clinical directors</i> en therapeuten, n=7, vrouwen)	<i>Group home for transitional or long-term foster care</i>	<i>Treatment engagement</i>
5. Breda & Heflinger (2004)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongeren (n=249, gemiddeld 16 jaar, tussen de 15-16 jaar, 75% jongens, 25% meisjes)	<i>Substance abuse treatment; residential or inpatient services (81%) or (intensive) outpatient services (19%)</i>	<i>Readiness, gemeten met de Adolescent Form of Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability</i>
6. Brooks & Khan (2015)	Verenigd Koninkrijk	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongeren (n=109, gemiddeld 20.58 jaar, tussen de 18-25 jaar, 102 jongens, 7 meisjes)	<i>Non-custodial community intervention</i>	<i>Motivation to participate, gemeten met de Situational Motivational Scale</i>
7. Carl et al. (2020)	Duitsland	C	Dossieronderzoek	Jongens (n=161, gemiddeld 18.80 jaar, tussen de 15-21 jaar)	<i>Social-therapeutic units of a prison for juveniles</i>	Behandelmotivatie, <i>treatment engagement</i> , beide gemeten met gekwantificeerde relevante beschrijvingen in dossiers

¹⁰ Gedeelte van de studie dat voor de literatuurstudie is gebruikt. Soms was sprake van een mixed methods design, maar was bijvoorbeeld enkel het kwalitatieve gedeelte relevant voor de literatuurstudie. Soms was de studie een randomized controlled trial, maar werden de relevante variabelen cross-sectioneel gemeten.

¹¹ Volgens de Evidence Based Richtlijnontwikkeling (EBRO) systematiek (de Beer & van Veenendaal, 2011). A1: systematische review of meta-analyse; A2: randomized controlled trial; B: vergelijkend onderzoek met niet-aselecte indeling; C: niet-vergelijkend kwantitatief onderzoek. Eigen aanvulling: X: kwalitatief onderzoek.

¹² We houden hier de oorspronkelijke benamingen aan omdat deze soms lastig te vertalen zijn naar de Nederlandse context.

Studie	Land	Type studie ^{10 11}	Design/Metingen	Respondenten	Behandelcontext ¹²	Behandelmotivatie
8. Clair et al. (2011)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, longitudinaal (3 metingen: net in detentie, 2 maanden in detentie en 3 maanden na vrijlating)	Jongeren (n=114 (baseline), gemiddeld 17.29 jaar, tussen de 14-19 jaar, 87% jongens)	<i>Juvenile correctional facility</i>	<i>Treatment engagement, gemeten met de Treatment Participation Questionnaire</i>
9. Cunningham et al. (2009)	Verenigde Staten	N/A	Validatie meetinstrument (treatment engagement), interviews, vragenlijsten en dossieronderzoek	Jongeren (n=130, tussen 12-17 jaar, 71 jongens, 59 meisjes)	<i>Residential treatment centers for court-mandated youth</i>	<i>Engagement, gemeten met de in deze studie ontwikkelde Engagement Scale</i>
10. DiPierro-Sutton et al. (2021)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongeren (n=111, gemiddeld 15.25 jaar, tussen de 11-17 jaar, 71.2% jongens, 28.8% meisjes)	<i>Juvenile detention facility</i>	<i>Treatment motivation, gemeten met de Motivation for Youth's Treatment Scale</i>
11. Friedman et al. (2003)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongens (n=251, gemiddeld 15.5 jaar, tussen de 13-18 jaar)	<i>Residential facility for court-adjudicated adolescent males</i>	Motivatie, gemeten met specifieke meting van motivatie binnen de <i>Adolescent Drug Abuse Diagnosis</i>
12. Hawke et al. (2005)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongeren (n=180, gemiddeld 17 jaar, 79% jongens, 21% meisjes)	<i>Residential drug treatment programs & community-based program</i>	<i>Therapeutic engagement, gemeten met de Treatment Participation Scale</i>
13. Heynen et al. (2017)	Duitsland	C	Validatie vragenlijst	Mannelijke adolescenten en jongvolwassenen (n=76, gemiddeld 20.26 jaar, tussen de 17-26 jaar)	<i>Youth prison</i>	Behandelmotivatie, gemeten met de <i>Adolescent Treatment Motivation Questionnaire</i>
14. Landrum et al. (2015)	Verenigde Staten	X	Focusgroepen	Adolescenten (n=14, programma A: gemiddeld 15.7 jaar en tussen de 13-17 jaar, programma B: gemiddeld 15.0 jaar, en tussen de 13-17 jaar, programma A: 5 jongens, 3 meisjes, programma B: 6 jongens), ouders (n=8, 2 mannen, 6 vrouwen) en <i>treatment staff</i> (n=13, programma A: 2 mannen, 6 vrouwen, programma B: 1 man, 4 vrouwen)	<i>Residential treatment programs (not gated/locked)</i>	Motivatie voor behandeling, in behandeling blijven of niet
15. Leenarts et al. (2013)	Nederland	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Meisjes (n=154, gemiddeld 16 jaar, tussen de 13-18 jaar)	<i>Compulsory residential care</i>	Bereidheid en twijfel in relatie tot behandeling, beide gemeten met de <i>Nijmegen Motivation List 2</i>

Studie	Land	Type studie ^{10 11}	Design/Metingen	Respondenten	Behandelcontext ¹²	Behandelmotivatie
16. Martin et al. (2015)	Verenigde Staten	B	Vragenlijstonderzoek, longitudinaal (5 metingen: baseline, na de 5 ^{de} behandelsessie, na de 16 ^{de} behandelsessie, na 3 maanden na detentie en na 6 maanden na detentie)	Adolescenten (bij de baselinemeting: n=205, gemiddeld 17.1 jaar, 89% jongens) en 185 <i>counselor rating forms</i> over deze jongeren	<i>State juvenile correctional facility</i>	<i>Treatment engagement</i> , gemeten met de <i>Adolescent Substance Treatment Engagement Questionnaire</i>
17. Roest et al. (2016)	Nederland	C	Vragenlijstonderzoek, longitudinaal (3 metingen: 3 weken na start, na 6 en na 9 maanden)	Jongeren (n=174, gemiddeld 16.08 jaar, 127 jongens, 47 meisjes)	<i>Residential youth care: open facilities, secure care facilities and juvenile justice institutions</i>	Behandelmotivatie, gemeten met de <i>Adolescent Treatment Motivation Questionnaire</i>
18. Rosenkranz et al. (2011)	Canada	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Jongeren (n=188, gemiddeld 20.46 jaar, tussen de 16-24 jaar, 131 jongens, 57 meisjes)	<i>Outpatient substance abuse treatment program</i>	<i>Identified motivation</i> , gemeten met de <i>Treatment Entry Questionnaire</i>
19. Steinke & Derrick (2018)	Verenigde Staten	C	Vragenlijstonderzoek, longitudinaal (2 metingen: start verblijf, na 90 dagen verblijf)	Jongens (n=111, gemiddeld 14.73 jaar, tussen de 11-18 jaar)	<i>Residential treatment center</i>	<i>Treatment engagement (collaboration on selecting treatment goals and tasks)</i> , gemeten met de <i>Engagement in Treatment</i>
20. Van Damme et al. (2015)	België	C	Vragenlijstonderzoek, longitudinaal (metingen bij start detentie (T0), 1 maand na T0, en 2 maanden na T0)	Meisjes (n=108, gemiddeld 16.21 jaar, tussen de 14-17 jaar)	<i>Youth detention center</i>	<i>Treatment engagement</i> , gemeten met een voor deze studie opgestelde zelfrapportagevragenlijst
21. Van der Helm et al. (2014)	Nederland	C	Vragenlijstonderzoek, cross-sectioneel	Adolescenten (n=59, gemiddeld 16.1 jaar, tussen de 12-20 jaar, 43% jongens, 37% meisjes)	<i>Youth correctional facility</i>	<i>Treatment motivation</i> , gemeten met de <i>Readiness to Change Questionnaire</i>
22. Van der Helm et al. (2018)	Nederland	C	Vragenlijstonderzoek, longitudinaal (2 metingen: binnen maand 1 na plaatsing en 3 maanden na plaatsing)	Jongeren (n=179, gemiddeld 16.2 jaar, tussen de 12-20 jaar, 66% jongens, 34% meisjes)	<i>(Semi-)secure youth care facilities and forensic youth care institutions</i>	Behandelmotivatie, gemeten met de <i>Adolescent Treatment Motivation Questionnaire</i>
23. Watson et al. (2009)	Verenigde Staten	X	Semi-gestructureerde diepte-interviews	Jongeren (n=9, gemiddeld 15.9 jaar, tussen de 14-18 jaar, 7 jongens, 1 meisje, 1 <i>bigender</i> persoon), ouders/verzorgers (n=9)	<i>Several settings</i>	Bijv. <i>treatment participation</i>

8.2 Referenties

- Abram, K. M., Paskar, L. D., Washburn, J. J., & Teplin, T. A. (2008). Perceived barriers to mental health services among youths in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(3), 301-308. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160b3bb>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Armitage, C. J., & Arden, A. (2002). Exploring discontinuity patterns in the transtheoretical model: An application of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 7(1), 89-103. <https://doi.org/10.1348/135910702169385>
- Baker-Ericzén, M. J., Jenkins, M. M., & Haine-Schlagel, R. (2013). Therapist, parent, and youth perspectives of treatment barriers to family-focused community outpatient mental health services. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 854-868. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9644-7>
- Barnett, E., Sussman, S., Smith, C., Rohrbach, L. A., & Spruijt-Metz, D. (2012). Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. *Addictive Behaviors*, 37, 1325-1334. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.07.001>
- Barrett, M., Wilson, R. J., & Long, C. (2003). Measuring motivation to change in sexual offenders from institutional intake to community treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15(4). <https://doi.org/10.1023/a:1025043910209>
- Battjes, R. J., Gordon, M. S., O'Grady, K. E., Kinlock, T. W., & Carswell, M. A. (2003). Factors that predict adolescent motivation for substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 221-232. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00022-9](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00022-9)
- Boel-Studt, S., Schelbe, L., Deichen Hansen, M., & Tobia, L. (2018). Increasing youth engagement in residential group care: A mixed methods pilot study of a youth-guided incentive program. *Child & Youth Care Forum*, 47, 863-880. <https://doi.org/10.1007/s10566-018-9465-y>
- Brauers, M., Kroneman, L., Otten, R., Lindauer, R., & Popma, A. (2016). Enhancing adolescents' motivation for treatment in compulsory residential care: A clinical review. *Children and Youth Services Review*, 61, 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.12.011>
- Breda, C., & Heflinger, C. A. (2004). Predicting incentives to change among adolescents with substance abuse disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 251-267. <https://doi.org/10.1081/ADA-120037377>
- Brezina, T. (2008). Recognition denial, need for autonomy, and youth violence. *New Directions for Youth Development* (119), 111-128. <https://doi.org/10.1002/yd.276>
- Brooks, M., & Khan, R. (2015). Psychosocial influences that motivate young offenders to engage in a non-custodial community intervention. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(3), 351-367. <https://doi.org/10.1080/14789949.2015.1013973>
- Carl, L. C., Schmucker, M., & Lösel, F. (2020). Predicting attrition and engagement in the treatment of young offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 64(4), 355-374. <https://doi.org/10.1177/0306624X19877593>
- Clair, M., Stein, L. A. R., Martin, R., Barnett, N. P., Colby, S. M., Monti, P. M., Golembeske, C., & Lebeau, R. (2011). Motivation to change alcohol use and treatment engagement in incarcerated youth. *Addictive Behaviors*, 36, 674-680. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.007>
- Cunningham, W. S., Duffee, D. E., Huang, Y., Steinke, C. M., & Naccarato, T. (2009). On the meaning and measurement of engagement in youth residential treatment centers. *Research on Social Work Practice*, 19(1), 63-76. <https://doi.org/10.1177/1049731508314505>
- De Beer, H., & van Veenendaal, H. (2011). Actueel houden van richtlijnen. Modelvorming en Verkenning. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO.
- DiPierro-Sutton, M., Fite, P. J., & Gudiño, O. (2021). Assessing the links between internalizing symptoms and treatment motivation in incarcerated juveniles. *Children and Youth Services Review*, 121: 105879. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105879>
- Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & Van der Staak, C. P. F. (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23(8), 1115-1137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.09.003>

- Dunne, T., Bishop, L., Avery, S., Darcy, S. (2017). A review of effective youth engagement strategies for mental health and substance use interventions. *Journal of Adolescent Health, 60*(5), 487-512. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.019>
- Englebrect, C., Peterson, D., Scherer, A., & Naccarato, T. (2008). "It's not my fault": acceptance of responsibility as a component of engagement in juvenile residential treatment. *Children and Youth Services Review, 30*(4), 466-484. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.11.005>
- Friedman, A. S., Terras, A., & Glassman, K. (2003). The role of participant motivation in the outcome of a prevention/early intervention program for adolescent substance use problems and illegal behavior. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 13*(2), 1-28. https://doi.org/10.1300/J029v13n02_01
- Harder, A. T. (2011). The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care [doctoral dissertation]. University of Groningen.
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Kalverboer, M. E. (2012). A secure base? The adolescent-staff relationship in secure residential youth care. *Child & Family Social Work, 18*(3), 305-317. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00846.x>
- Harder, A. T., Knorth, E. J., & Kalverboer, M. E. (2015). Risky or needy? Dynamic risk factors and delinquent behavior of adolescents in secure residential youth care. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 59*(10), 1047-1065. <https://doi.org/10.1177/0306624x14531036>
- Hawke, J. M., Hennen, J., & Gallione, P. (2005). Correlates of therapeutic involvement among adolescents in residential drug treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 1*, 163-177. <https://doi.org/10.1081/ADA-200047913>
- Heynen, E. J. E., Van der Helm, P., & Stams, G. J. J. M. (2017). Treatment motivation and living group climate in German youth prison: A validation of the German adolescent treatment motivation questionnaire. *Residential Treatment for Children & Youth, 34*(1), 49-60. <https://doi.org/10.1080/0886571X.2016.1251373>
- Hillege, S. (2020). Tough boys, tough decisions. Treatment of serious juvenile offenders with complex problems in juvenile justice institutions [doctoral dissertation]. <https://books.ipskampprinting.nl/thesis/546197-Hillege/>
- Hillege, S. L., Brand, E. F. J. M., Mulder, E. A., Vermeiren, R. R. J. M., & Van Domburg, L. (2017). Serious juvenile offenders: Classification into subgroups based on static and dynamic characteristics. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 11*(67). <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0201-4>
- Howells, K., & Day, A. (2003). Readiness for anger management: Clinical and theoretical issues. *Clinical Psychology Review, 23*(2), 319-337. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00228-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00228-3)
- Knight, D. K., Joe, G. W., Becan, J. E., Crawley, R. D., Theisen, S. E., & Flynn, P. M. (2019). Effectiveness of an intervention for improving intrinsic motivation among adolescent males in a secure substance use treatment setting. *Criminal Justice and Behavior, 46*(1), 101-114. <https://doi.org/10.1177/0093854818804857>
- Landrum, B., Knight, D. K., Becan, J. E., & Flynn, P. M. (2015). To stay or not to stay: Adolescent client, parent, and counselor perspectives on leaving substance abuse treatment early. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 24*(6), 344-354. <https://doi.org/10.1080/1067828X.2013.844088>
- Leenarts, L. E. W., Hoeve, M., Van de Ven, P. M., Lodewijks, H. P. B., & Doreleijers, T. A. H. (2013). Childhood maltreatment and motivation for treatment in girls in compulsory residential care. *Children and Youth Services Review, 35*, 1041-1047. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.04.001>
- Lenkens, M., Rodenburg, G., Schenk, L., Nagelhout, G. E., Van Lenthe, F. J., Engbersen, G., Sentse, M., Severiens, S., & Van de Mheen, D. (2019). "I need to do this on my own". Resilience and self-reliance in urban at-risk youths. *Deviant Behavior, 41*(10), 1330-1345. <https://doi.org/10.1080/01639625.2019.1614140>
- Littell, J. H., & Girvin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification, 26*(2), 223-273. <https://doi.org/10.1177/0145445502026002006>
- Lodewijks, H. (2007). Interventies bij jongeren in justitiële behandelinrichtingen: De stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 33*(2), 82-101. <https://www.researchgate.net/profile/Henny->

[Lodewijks/publication/226685245](#) [Interventies bij jongeren in justitiële behandelinrichting en/links/55eef73008ae0af8ee1afb2d/Interventies-bij-jongeren-in-justitiële-behandelinrichtingen.pdf](#)

- Martin, R. A., Stein, L. A. R., Clair, M., Cancilliere, M. K., Hurlbut, W., & Rohsenow, D. J. (2015). Adolescent substance treatment engagement questionnaire for incarcerated teens. *Journal of Substance Abuse Treatment, 57*, 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.04.011>
- McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology, 14*(1), 83-100. McMurran, M. (2009). <https://doi.org/10.1348/135532508x278326>
- 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>
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., & Van Marle, H. (2011). Risk factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 55*(1), 118-135. <https://doi.org/10.1177/0306624X09356683>
- Ogloff, J. R. P., & Davis, M. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime & Law, 10*(3), 229-242. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662735>
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 6-21. <https://doi.org/10.1037/a0022200>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia, 187*(S7), S35-S39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>
- Roest, J. J., Van der Helm, G. H. P., & Stams, G. J. J. M. (2016). The relation between therapeutic alliance and treatment motivation in residential youth care: A cross-lagged panel analysis. *Child and Adolescent Social Work Journal, 33*, 455-468. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0438-4>
- Rosenkranz, S. E., Henderson, J. L., Muller, R. T., & Goodman, I. R. Motivation and maltreatment history among youth entering substance abuse treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 26*(1), 171-177. <https://doi.org/10.1037/a0023800>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology, 25*, 54-67. <https://doi.org/10.1006/ceps.1999.1020>
- Samuels, G. M., & Pryce, J. M. (2008). "What doesn't kill you makes you stronger": Survivalist self-reliance as resilience and risk among young adults aging out of foster care. *Children and Youth Services Review, 30*(10), 1198-1210. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.03.005>
- Smith, D. C., Ureche, D. J., Davis, J. P., Walters, S. T. (2015). Motivational interviewing with and without normative feedback for adolescents with substance use problems: A preliminary study. *Substance Abuse, 36*(3), 350-358. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.988838>
- Stein, L. A. R., Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P. Golembeske, C., Lebeau-Craven, R., & Miranda, R. (2006). Enhancing substance abuse treatment engagement in incarcerated adolescents. *Psychological Services, 3*(1), 25-34. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.3.1.0>
- Steinke, C. M., & Derrick, R. M. (2018). An exploration of the role of adverse childhood experiences (ACEs) on youth engagement in residential treatment. *Children and Youth Services Review, 89*, 355-363. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.04.039>
- Van Binsbergen, M. H. (2003). Motivatie voor behandeling: Ontwikkeling van behandelmotivatie in een justitiële instelling [doctoral dissertation]. Universiteit Leiden.
- Van Damme, L., Hoeve, M., Vanderplasschen, W., Vermeiren, R., Grisso, T., & Colins, O. F. (2015). Detained girls' treatment engagement over time: The role of psychopathology and quality of life. *Children and Youth Services Review, 59*, 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.10.010>
- Van der Helm, P., Beunk, L., Stams, G. J., & Van der Laan, P. (2014). The relationship between detention length, living group climate, coping, and treatment motivation among juvenile delinquents in a youth correctional facility. *The Prison Journal, 94*(2), 260-275. <https://doi.org/10.1177/0032885514524884>

- Van der Helm, G. H. P., Kuiper, C. H. Z., & Stams, G. J. J. M. (2018). Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self determination theory. *Children and Youth Services Review*, 93, 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.07.028>
- Van der Helm, P., Stams, G. J., & van der Laan, P. (2011). Measuring group climate in prison. *The Prison Journal*, 91(2), 158-176. <https://doi.org/10.1177/0032885511403595>
- Watson, A. C., Kelly, B. L., & Vidalon, T. M. (2009). Examining the meaning attached to mental illness and mental health services among justice system-involved youth and their parents. *Qualitative Health Research*, 19(8), 1087-1099. <https://doi.org/10.1177/1049732309341202>
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen: Meetinstrumenten beoordeeld. Den Haag: WODC. https://repository.wodc.nl/bitstream/handle/20.500.12832/1760/volledige-tekst_tcm28-70516.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9(6), 645-673. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.001>
- Weijers, I. (2022). *Kansen bieden, kansen pakken: De aanpak van jonge veelplegers*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.

8.3 Onderzoeksteam

Het onderzoek werd uitgevoerd door medewerkers van Onderzoeksinstituut IVO.

Dr. Margriet Lenkens is medior onderzoeker bij Onderzoeksinstituut IVO en was projectleider van het huidige onderzoek. Margriet promoveerde in april 2022 op haar proefschrift *More than a Mirror* waarin ervaringsdeskundige ondersteuning voor jonge mensen die delicten pleegden centraal stond. Daarnaast deed ze bij zowel Onderzoeksinstituut IVO als de Erasmus Universiteit Rotterdam onderzoek naar verschillende thema's, waaronder ervaringsdeskundigheid in de geestelijke gezondheidszorg, arbeidsmigranten in een kwetsbare positie, jongerenparticipatie en de inzet van ervaringsdeskundigheid in het trainen van professionals.

Simone 't Hooft, MSc, is junior onderzoeker bij Onderzoeksinstituut IVO en junior projectleider bij Platform31. Simone studeerde Culturele Antropologie (master) en Psychologie (bachelor) aan de Universiteit Leiden. Bij het IVO werkte ze aan onderzoek naar dakloosheid, alcohol en gokken, arbeidsmigranten in kwetsbare posities en sekswerk.

Prof. dr. Gera Nagelhout is als Chief Science Officer eindverantwoordelijk voor de wetenschappelijke kwaliteit van het onderzoek dat door Onderzoeksinstituut IVO wordt uitgevoerd. Daarnaast is zij bijzonder hoogleraar Gezondheid en Welzijn van Mensen met een Lagere Sociaaleconomische Positie aan de Universiteit Maastricht.

Met dank aan Nina Wiessenberg voor de data-extractie en meedenken in het project.

8.4 Begeleidingscommissie

- Prof. dr. Annemiek Harder¹³, bijzonder hoogleraar Wetenschappelijk onderbouwde jeugdzorg en onderwijs bij de sectie Ortho- en Gezinspedagogiek van de Erasmus School of Social and Behavioural Sciences (Erasmus Universiteit Rotterdam). Annemiek richt zich qua onderzoek en onderwijs op de kwaliteit en effectiviteit van behandeling voor jongeren met ernstige gedrags- en opvoedingsproblemen. In 2020 publiceerde zij een boek over 'wat werkt' en ze is betrokken bij een onderzoeksproject gericht op een interventie voor motiverende gespreksvoering in de residentiële jeugdhulp.
- Jounaida Bouzahra¹⁴, behandelaar forensische ambulante systeemtherapie, De Waag.
- Malcolm Ireeuw (Young in Prison, YiP). Young in Prison is een NGO die zowel landelijk als internationaal met jongeren in detentie werkt. Jongeren die al langer vrij zijn kunnen onderdeel worden van YouthLab. Daar worden ze opgeleid om allerlei professionals uit het jeugdstrafrecht (rechters, advocaten, officieren van justitie, reclasseringswerkers) te trainen. Jongeren van YouthLab hebben dus ervaringskennis als het gaat om de forensische jeugdzorg en zetten deze in om de professionele praktijk verder te helpen.
- Natasja Hornby, onderzoeker bij Hogeschool Windesheim en voormalig gedragswetenschapper bij JJI Lelystad. De projecten waar Natasja bij betrokken is, richten zich voornamelijk op jongeren in residentiële (forensische) instellingen.
- Ir. Elske Wits, senior onderzoeker bij Onderzoeksinstituut IVO. Elske heeft veel ervaring met het begeleiden van onderzoeks- en praktijkprojecten op landelijk, gemeentelijk, organisatie- en wijkniveau. Daarnaast heeft ze ruime ervaring op verschillende beleidsterreinen en sectoren, waaronder de jeugdzorg en de forensische verslavingszorg.
- Ernie Pardijs, ambulante begeleider bij Harreveld (Horizon). Ernie begeleidt jongeren van de gesloten jeugdzorg en ouders in hun herstel samen, met daarnaast de begeleiding terug naar huis (indien mogelijk).
- Dr. Thimo van der Pol, forensische psychotherapeut en hoofd Research and Development bij Inforsa (Arkin).

¹³ Annemiek Harder heeft het eindrapport gelezen en voorzien van feedback.

¹⁴ Jounaida Bouzahra heeft het eindrapport gelezen en voorzien van feedback.

8.5 Data-extractieformulier

ALGEMENE INFORMATIE	
Naam beoordelaar	
Datum	
Titel artikel	
Auteur(s)	
Jaar van publicatie	
Land onderzoek	
Financiering	
Belangenverstrengeling	
INCLUSIECRITERIA	
Beschrijving forensische jeugdzorg-setting	
Gebruikte term voor behandelmotivatie	
METHODEN	
Onderzoeksopzet	
Onderzoeksdoel en/of onderzoeksvraag	
Kwantitatief/kwalitatief/mixed	
Type studie (longitudinaal, exploratief, cross sectioneel, RCT, interviews, focusgroepen, etc.)	
Over welke periode heeft het onderzoek plaatsgevonden	
Respondenten	
Type respondenten	
Criteria voor inclusie in de sample	
Manier van respondentenwerving (categorie + evt. aanvullende info)	
Aantal respondenten	
Informatie over uitval (bijv. hoeveel, waarom)	
Informatie over leeftijd respondenten (gem (sd)., range, etc.)	
Informatie over gender/geslacht respondenten (bijv. 40 m, 30 v, 2 x)	
Omschrijving delictgedrag/strafrechtbemoedienis jeugdigen	
Omschrijving problematiek jeugdigen	
Inschatting subgroep 1-7	
Setting en beschrijving zorg	
Beschrijving forensische jeugdzorgsetting	
Beschrijving behandeling/begeleiding die jongeren krijgen	
Ambulant of residentieel (met verblijf)	
Beschrijving professionele discipline die betrokken is bij de behandeling/begeleiding	
Beschreven elementen van <i>positive psychology</i>	
Beschreven elementen van <i>shared decision making</i>	
Beschreven elementen van motiverende gespreksvoering	
Voor kwantitatieve studies	
Relevante afhankelijke variabele(n) + operationalisatie + meetinstrument	
Relevante onafhankelijke variabele(n) + operationalisatie + meetinstrument	
Andere variabelen (bijv. mogelijke <i>confounding variables</i>) die worden meegenomen in de analyses?	

Voor kwalitatieve studies

Wordt de methode van analyseren genoemd/beschreven? [graag markeren in pdf]

Bij interviews: wat wordt gezegd over saturatie?

Wordt de eigen rol van de onderzoeker + relatie met participanten beschreven? [graag markeren in pdf]

Overig: opvallende dingen die belangrijk zijn voor de interpretatie

RESULTATEN

Bevindingen behandelmotivatie

Bevindingen statische factoren

Bevindingen dynamische factoren

Bevindingen autonomie

Bevindingen verbondenheid

Bevindingen competentie

Bevindingen houding, werkwijze, vaardigheden etc. van professionals

Bevindingen behandelcontext

Bevindingen interventies

Bevindingen subgroepen

Andere bevindingen

Belangrijkste conclusie(s)

PROCES

Indien er een concrete interventie wordt omschreven: Werd de behandeling/interventie uitgevoerd zoals gepland?

8.6 Beoordeling kwalitatieve artikelen

	2	4	14	23
1. Was there a clear statement of the aims of the research?	Yes	Yes	Yes	Yes
2. Is a qualitative methodology appropriate?	Yes	Yes	Yes	Yes
3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?	Yes	Yes	Yes	Yes
4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?	Yes	No	Yes	Yes
5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?	Yes	?	Yes	Yes
6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?	?	?	?	?
7. Have ethical issues been taken into consideration?	Yes	Yes	Yes	Yes
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	Yes	Yes	Yes	Yes
9. Is there a clear statement of findings?	Yes	Yes	Yes	Yes
10. How valuable is the research?	Yes	Yes	Yes	Yes

8.7 Beoordeling kwantitatieve artikelen

	1	3	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Zijn de criteria voor inclusie in de studie duidelijk gedefinieerd?	ja	ja	nee	nee	ja	ja	nee	ja	?	ja
2. Zijn de deelnemers aan het onderzoek gedetailleerd omschreven?	nee	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
3. Is de setting/jeugdzorgcontext gedetailleerd omschreven?	nee	ja	nee	nee	ja	ja	ja	nee	ja	ja
4. Is de onafhankelijke variabele op een valide en betrouwbare manier gemeten?	ja	ja	ja	ja	?	ja	ja	ja	ja	ja
5. Zijn er <i>confounding variables</i> geïdentificeerd?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
6. Zijn de strategieën om om te gaan met <i>confounding variables</i> beschreven?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
7. Is de afhankelijke variabele (behandelmotivatie) op een valide en betrouwbare manier gemeten?	ja	ja	ja	ja	nee	ja	ja	ja	ja	ja
8. Zijn er passende statistische analyses gebruikt?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	?	ja

	13	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Zijn de criteria voor inclusie in de studie duidelijk gedefinieerd?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
2. Zijn de deelnemers aan het onderzoek gedetailleerd omschreven?	nee	ja	ja	nee	ja	ja	ja	nee	nee
3. Is de setting/jeugdzorgcontext gedetailleerd omschreven?	nee	ja	ja	nee	nee	nee	nee	nee	nee
4. Is de onafhankelijke variabele op een valide en betrouwbare manier gemeten?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
5. Zijn er <i>confounding variables</i> geïdentificeerd?	n.v.t.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja
6. Zijn de strategieën om om te gaan met <i>confounding variables</i> beschreven?	n.v.t.	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	nee
7. Is de afhankelijke variabele (behandelmotivatie) op een valide en betrouwbare manier gemeten?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
8. Zijn er passende statistische analyses gebruikt?	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja