

2019-2020



IN SAMENWERKING
MET DIENST
JUSTITIËLE
JEUGDINRICHTINGEN

Dossieronderzoek naar Beeldende Therapie bij adolescenten (18-23) in de forensische jeugdzorg.

Een kwalitatief dossieronderzoek naar indicatiestelling,
behandeling, behandeldoelen en resultaten bij de behandeling
met beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen in
Nederland. | Dominique van Kuik

Dossieronderzoek naar Beeldende Therapie bij adolescenten (18-23) in de forensische jeugdzorg.

Een kwalitatief dossieronderzoek naar indicatiestelling, behandeling, behandeldoelen en resultaten bij de behandeling met beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen in Nederland.

Dominique van Kuik

*Dit onderzoek werd uitgevoerd op de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
In opdracht van KenVak als onderdeel van de KFZ-J Call Evidence Gap Map
Opdrachtgever: Dr. Suzanne Haeyen
Onderzoeksbegeleider: Robin Stemerding
Aantal woorden: 12.024*

Illustratie voorpagina: Dominique van Kuik

2019 - 2020

Voorwoord

Doli Capax

De plaats die dit dossieronderzoek naar de zeer specifieke doelgroep van 18 t/m 23 jarigen inneemt, kan het best begrepen worden door een stukje terug in de tijd te gaan. Het gegeven dat jeugdigen op een andere manier bestraft worden dan volwassenen is namelijk niet altijd vanzelfsprekend geweest. Werd je geboren als Romein, dan was je vanaf je zevende levensjaar *doli capax*. Dat is Latijn voor 'in staat tot het plegen van een misdrijf' en kon je dus ook berecht worden. Het zou tot de 18e eeuw duren voordat echt onderscheid gemaakt werd tussen de levensfase van een kind en dat van een volwassene. En het duurde zelfs nog langer voordat de adolescentie onder invloed van de Verlichting als levensfase werd erkent (Dekker, 2012).

De eerste jeugdstrafwetten in Nederland stammen uit begin 19^e eeuw en waren vooral bedoeld om een lichtere straf op te kunnen leggen. Sinds de invoering van de Kinderwetten in 1905 richt het jeugdstrafrecht zich naast vergelding voornamelijk op (her)opvoeding, behandeling en scholing.

Met het veranderen van de maatschappij werd steeds vaker duidelijk dat er tussen de kinderfase en de volwassen fase zich een derde fase bevond: de fase die tegenwoordig met adolescentie wordt aangeduid. Een van de belangrijkste kenmerken van deze fase is de zoektocht naar en het ontwikkelen van een identiteit en de daarbij horende morele ontwikkeling (Feldman, 2013). Naast genetische aanleg kunnen een heleboel omgevingsfactoren in het leven ervoor zorgen dat een adolescent crimineel gedrag gaat vertonen, de zogenoemde Risicofactoren (Rigter, 2002). Adolescenten vielen eerst nog onder het volwassenenstrafrecht, omdat er geen onderscheid gemaakt werd tussen de twee levensfasen. Maar vanaf de 20e eeuw vindt langzaam een verandering plaats van hoe men naar deze levensfase kijkt.

Er wordt steeds meer onderzoek gedaan. De ontwikkeling van de hersenen blijkt langer te duren, waardoor adolescenten niet altijd al in staat zijn om moreel juiste beslissingen nemen. Ook is nu meer aandacht voor de negatieve pedagogische omstandigheden waarin iemand is opgegroeid (Dekker, 2012). Ieder mens ontwikkelt zich in een ander tempo en bovendien kan psychopathologie de ontwikkeling ernstig beïnvloeden.

Inmiddels weet men dat de kans op recidive bij adolescenten met een lager ontwikkelingsniveau afneemt wanneer zij hun straf uitzitten in een pedagogisch klimaat (Weijters, Verheij, Tollenaar & Hill, 2019). Toch is het nog niet zo lang geleden dat het mogelijk werd gemaakt om het jeugdstrafrecht flexibeler toe te passen op adolescenten tot 23 jaar. Dit gebeurde pas in 2014 door invoering van het adolescentenstrafrecht.

Voor mij is de adolescentie in de hedendaagse maatschappij de meest intrigerende fase uit het leven van een mens. Dat adolescentie vroeger nog niet erkent werd heeft ermee te maken dat jongeren toen eerder voldeden aan de taken en kennis die zij nodig hadden om voor zichzelf te kunnen zorgen (Angenent & De Man, 1996). Tegenwoordig wordt er veel meer verwacht en bovendien verandert de wereld snel. Toch neemt de criminaliteit onder jongeren af (Weijters, Verheij, Tollenaar & Hill, 2019). Mijn interesse in het forensische vakgebied en jonge mensen maakt dat ik hierover gepassioneerd ben en graag wil weten hoe mijn vak, beeldende therapie, bij deze doelgroep in de Justitiële Jeugdinrichtingen wordt ingezet.

Dankwoord

Voor U ligt het eindproduct van het dossieronderzoek waarmee de toepassing van Beeldende Therapie als behandeling bij deze uiterst specifieke doelgroep onderzocht is. Voor mij als onderzoeker een prachtige en eerbare opdracht: het mogen onderzoeken van het weinige, maar daardoor zeer kostbare onderzoeksmateriaal, namelijk de dossiers van cliënten (adolescenten) die in de Justitiële Jeugdinrichtingen in Nederland beeldende therapie volgen of volgden in de afgelopen twee jaar.

Samen met collega-studenten Lotte Boon, Karlijn Vogel en Luca Verhaag heb ik mogen ondervinden wat een (dossier)onderzoek bij de forensische jeugdzorg allemaal teweegbrengt. Hiermee hebben wij hopelijk de weg vrijgemaakt voor toekomstige onderzoekers. Ook heb ik de kracht van ons vakgebied en de inzet en betrokkenheid van het personeel aldaar mogen ervaren. Hiervoor wil ik Ton Theunisse en Petra Croonen van de Hunnerberg heel hartelijk bedanken. Ook Sanne Hillege, en Nicole Cambeen van Intermetzo en Willie Broere en Anke Doves voor het anonimiseren van de dossiers.

Ook wil ik mijn ouders en zus bedanken die er voor mij waren tijdens de laatste loodjes van het onderzoek. Mijn huisgenoten en vrienden voor het enorme geduld wat ze voor mij moesten opbrengen, in het speciaal Tara van Dellen die een grote steun is geweest in het creëren van overzicht tijdens de analyse. Ook bedank ik Michelle Aerts en Anneke Neef van mijn leerteam voor alle mentale steun die zij mij gegeven hebben.

En als laatst maar zeker niet als minst wil ik mijn scriptiebegeleider Robin Stemerding bedanken. Met zijn enorme ervaring in de forensische vaktherapie wist hij mij van velen inzichten te voorzien die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit eindresultaat.

Samenvatting

In dit kwalitatieve dossieronderzoek wordt antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: **“Welke informatie kan door middel van dossieronderzoek verkregen worden over beeldende therapie (BT) voor adolescenten van 18 tot en met 23 jaar binnen de Forensische Jeugdzorg?”** Het onderzoek maakt deel uit van de KFZ-J Call Evidence Gap Map in opdracht van KenVak. De doelstelling is het inventariseren van informatie over indicatiestelling, behandeling, behandeldoelen en resultaten. Met als doel de kennislacune van grijze literatuur te achterhalen en hiermee een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van een onderzoeksagenda.

Het onderzoek is kwalitatief, inventariserend en exploratief. Twaalf dossiers van twee verschillende Justitiële Jeugdinrichtingen zijn onderworpen aan inductieve data-analyse volgens open, axiaal en selectief coderen.

Uit de resultaten blijkt beeldende therapie ingezet te worden bij; onderontwikkelde identiteitsvorming, persoonlijkheidsproblematiek, externaliserend en internaliserend gedragsproblemen, inadequate copingvaardigheden, angstklachten, stemmingsklachten, emotieregulatie, spanningsregulatie, psychotische symptomen, schizofrenie en bij de ontwikkelingsstoornissen: ASS en AD(H)D. Behandeldoelen van beeldende therapie richten zich op al deze probleemgebieden en daarnaast op traumaverwerking. Beeldende therapie blijkt uitermate goed inzetbaar voor verbeteren van het zelfbeeld en bij LVB problematiek. Werkwijzen die worden gehanteerd zijn supportief, ortho(ped)agogisch en re-educatief.

De conclusie van het onderzoek is dat beeldende therapie een meerwaarde heeft voor het verminderen van het recidiverisico. En dat BT breder ingezet zou kunnen worden binnen de forensische jeugdzorg, met name bij fase 2 (observatie) en fase 4 (resocialisatie) van YOUTURN. Uit de dossiers kon niet genoeg informatie gehaald worden om conclusies te trekken over de inhoud en werkingsmechanismen van BT. Hiervoor worden breder dossieronderzoek, observatieonderzoek en interviews met therapeuten en cliënten aanbevolen. Wil de BT zichzelf blijven profileren en zich verzekeren van een plek binnen de verzekerde zorg dan zullen zij zichzelf beter inzichtelijk moeten maken. Door Transdiagnostische Factoren in te zetten is mogelijk te communiceren met externe partijen zoals beleidsmakers, collega hulpverleners en zorgverzekeraars.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Dankwoord	4
Samenvatting	5
Inhoudsopgave	6
1 Inleiding	
1.1 Beeldende therapie binnen de forensische jeugdzorg	8
1.2 De Justitiële Jeugdinrichtingen	8
1.3 Adolescentenstrafrecht	8
1.4 De beeldende therapie behandeling	9
1.5 Evidence Gap Map en plaats van het onderzoek binnen de Call	9
1.6 Aanleiding van de Call – Probleemanalyse	10
1.7 Parallelonderzoeken	10
1.8 Probleemstelling	11
1.9 Vraagstelling	12
1.10 Doelstelling	12
2 Methoden	
2.1 Onderzoeksbenadering	13
2.1.1 Vooronderzoek	13
2.1.2 Dataverzameling en databronnen	14
2.1.3 Onderzoekspopulatie	14
2.1.4 Betrouwbaarheid en validiteit	14
2.1.5 Triangulatie	15
2.2 Methode van analyseren	16
2.2.1 Deelvraag 1	18
2.2.2 Deelvraag 2-3-5-6-7	18
2.2.3 Deelvraag 4	18
2.2.4 Deelvraag 8	18
3 Resultaten	
3.1 Deelvraag 1	19
3.2 Deelvraag 2	21
3.3 Deelvraag 3	22
3.4 Deelvraag 4	23
3.5 Deelvraag 5	23
3.6 Deelvraag 6	25
3.7 Deelvraag 7	26
3.8 Deelvraag 8	27

4 Conclusie	
4.1 Beantwoording deelvraag 1	29
4.2 Beantwoording deelvraag 2	30
4.3 Beantwoording deelvraag 3	30
4.4 Beantwoording deelvraag 4	30
4.5 Beantwoording deelvraag 5	30
4.6 Beantwoording deelvraag 6	30
4.7 Beantwoording deelvraag 7	31
4.8 Beantwoording deelvraag 8	31
4.9 Beantwoording hoofdvraag	32
5 Discussie	
5.1 Relevante onderzoeksconclusies	33
5.1.1 Relevantie van de conclusie voor de doelstelling van het onderzoek	33
5.1.2 Herhaling doelstelling	33
5.1.3 Inventariseren van dossiers	33
5.1.4 Bijdrage Gap Map	33
5.1.5 Wat laat BT mogelijk liggen? Welke vragen roept het onderzoek op?	33
5.1.6 Relevantie van de conclusie voor de praktijk (JJI)	34
5.1.7 YOUTURN	35
5.1.8 Meerwaarde van behandeling van adolescenten met BT tegenover behandeling zonder BT	35
5.1.9 Relevantie van de conclusies voor het vakgebied	36
5.2 Evaluatie onderzoeksuitvoering	36
5.2.1 De dataverzameling	36
5.2.2 De data-analyse	37
6 Aanbevelingen	
6.1 Korte termijn	38
6.2 Lange termijn	39
7 Bijlagen	40
Formulier GO Onderzoeksopzet	41
Formulier Afronding met opdrachtgever	44
8 Literatuurlijst	41

Disclaimer: voor dit onderzoek is de term adolescentie gekozen. Binnen de wetenschap is op heden geen overeenstemming gekomen over de juiste leeftijdsafbakening van deze term. Echter pleiten hedendaagse experts ervoor de grens op 24 jaar te stellen. U zou in de plaats van ook 'jongvolwassenen' kunnen lezen (Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne & Patton, 2018).

1 Inleiding

Dit onderzoek richt zich op de indicatiestelling, behandeling, behandeldoelen en resultaten bij beeldende therapie voor adolescenten in de leeftijd 18 t/m 23 jaar die vanwege delinquent gedrag behandeld worden in een justitiële jeugdinrichting.

1.1 Beeldende therapie binnen de forensische jeugdzorg

Beeldende therapie (BT) is een ervaringsgerichte therapievorm waarbij gebruik wordt gemaakt van beeldende materialen en technieken in de behandeling van uiteenlopende doelgroepen. BT wordt, tezamen met de andere vaktherapieën, al sinds de jaren 50 ingezet bij de behandeling van jeugdige delinquenten in de forensische jeugdzorg waarbij de meerwaarde wordt opgemerkt door zowel hulpverleners, cliënten als beleidsmakers (Kwaliteit Forensische Zorg, z.d.). Vaktherapie is de overkoepelende term voor de verschillende ervaringsgerichte therapieën; beeldende therapie, danstherapie, psychomotorische therapie, muziektherapie en dramatherapie.

1.2 De Justitiële Jeugdinrichtingen

Jeugdigen die een strafbaar feit hebben gepleegd en hier door de rechter een sanctie voor opgelegd krijgen kunnen in een Justitiële Jeugdinrichting (JJJ) geplaatst worden. Ook verblijven er jongeren die nog in afwachting zijn van een uitspraak. Nederland telt in totaal zes JJI's waarvan drie rijksinrichtingen en drie particuliere inrichtingen. Tezamen verblijven er dagelijks ongeveer 500 jeugdigen (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2020).

Het doel van de JJI's is het verminderen van recidive door opvoeding en behandeling. Er wordt gewerkt met YOUTURN. Een methodiek bestaande uit vijf stappen; intake en diagnostiek, stabiliseren en observatie, individuele behandeling, resocialisatie en beëindiging. Behandelaanbod is op maat en sluit zoveel mogelijk aan bij de individuele behoeften. Er zijn aparte afdelingen voor jongens, meisjes en jeugdigen die bijzondere zorg nodig hebben. Zoals Very Intensive Care (VIC) en Licht Verstandelijk Beperkt (LVB) groepen. De PIJ-maatregel is er voor jongeren met een ontwikkelingsstoornis of psychische aandoening. Het staat voor Plaatsing In een Inrichting en word ook wel 'jeugd-tbs' genoemd. Een PIJ duurt normaal gesproken drie jaar, maar kan in bepaalde gevallen verlengd worden tot maximaal zeven jaar.

1.3 Adolescentenstrafrecht

Vanaf 2014 is het adolescentenstrafrecht in Nederland in werking gegaan. Met het invoeren van het adolescentenstrafrecht is het mogelijk om op basis van het ontwikkelingsniveau van de veroordeelde het jeugdstrafrecht toe te passen bij 18 t/m 23 jarigen. Dit is veel meer gericht op de pedagogische benadering, en minder op vergelding zoals bij het volwassenenstrafrecht. Het idee hierachter is dat wanneer de hersenen nog in ontwikkeling zijn het gedrag soms beter kan worden bijgestuurd. Het doel is het leveren van maatwerk. Bij een ander kan het namelijk juist weer zo zijn dat een gevangenisstraf beter op zijn plaats is (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2014).

Dit onderzoek richt zich op adolescenten (18-23 jaar) die beeldende therapie volgen/gevolgd hebben in een JJI. Met de invoering van het adolescentenstrafrecht is er namelijk in de JJI's ook een verschuiving van doelgroep waar te nemen. Je ziet dat de gemiddelde leeftijd bij plaatsing in een JJI momenteel 19 jaar is (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2019 maart; Dienst Justitiële Inrichtingen, 2019 december). In 2019 was 40% van de instroom 18 jaar of ouder (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2020).

1.4 De beeldende therapie behandeling

Jongeren die bij een JJI in behandeling zijn hebben zeer uiteenlopende diagnoses. Dit komt omdat de aanleiding van de plaatsing binnen een JJI het plegen van een strafbaar feit is, en niet het aanwezig zijn van een specifieke problematiek (Kwaliteit forensische zorg, z.d.). De aanpak van de behandeling is daarom aangepast aan de behoeften van de cliënt en richt zich in de voornaamste zin op het beperken van delictgevaarlijk gedrag en problematiek die hiermee samenhangt. Onderzoek van H. Smeijsters, J. Welten, J. Kil, H. Kurstjens, G. Willemars, en P. Dijkema (2012) wijst uit dat beeldende therapie in de JJI zich met name richt op vier kerngebieden; Zelfbeeld, Emoties, Interactie en Cognitie. Volgens Smeijsters et al (2012) komen deze alle vier aan bod bij BT, maar met name de eerste twee. BT sluit met deze kerngebieden aan bij de individuele- en sociale/contextuele risicofactoren en enkele beschermende factoren. Risico- en beschermende factoren spelen een belangrijke rol in de behandeling van jeugddelinquentie (Smeijsters & Van den Braak, 2009). Een individuele risicofactor is bijvoorbeeld niet goed kunnen omgaan met boosheid. BT sluit hierop aan met het kerngebied 'emoties' waarbij de behandeling zich kan richten op emotieregulatie (Willemars & Helmich, 2010). Volgens JJ Lelystad (z.d.A) ligt de meerwaarde van BT vooral in het behandelen van jongeren die verbaal minder sterk zijn. Ook helpt BT bij het generaliseren van wat jongeren leren tijdens interventies, zodat zij dit in andere situaties beter kunnen toepassen (JJ Lelystad, z.d.A). Echter blijkt uit een rapport van Zorginstituut Nederland (Borgesius & Visser, 2015) dat er onvoldoende zicht is op de effectiviteit van Vaktherapie met deze doelgroep.

1.5 Evidence Gap Map en plaats van het onderzoek binnen de Call

Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van Dr. Suzanne Haeyen en Prof. Dr. Susan van Hooren vanuit KenVak. KenVak is het landelijk lectoraat van Kennisontwikkeling Vaktherapie binnen Nederland en heeft als missie om kennis op gebied van Vaktherapie te vergroten en te implementeren in de praktijk en in het onderwijs (KenVak, z.d.). KenVak wordt gevormd door een samenwerkingsverband van zes hogescholen, te weten; Zuyd Hogeschool, Hogeschool Utrecht, NHL-Stenden Hogeschool, Codarts Hogeschool voor de Kunsten, Hogeschool Leiden en de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN).

Dit onderzoek maakt deel uit van het overkoepelende onderzoek 'Evidence Gap Map'. Het onderzoek 'Evidence Gap Map' is gericht op forensische vaktherapie en bestaat uit twee projecten. Eén gericht op jeugd en de ander op volwassenen. Aan het project werken behalve de Hogescholen die hierboven genoemd werden (het samenwerkingsverband KenVak) enkele anderen partijen mee. Te weten; Open Universiteit, RJI, Via Jeugd, Pompestichting, Radboud Universiteit Nijmegen, Rijksuniversiteit Groningen en de Federatie Vaktherapeutische beroepen (FVB).

Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en Kwaliteit Forensische Zorg-Jeugd (KFZ-J) subsidiëren beiden projecten. KFZ en KFZ-J zijn onderdeel van de Dienst Justitiële Zorg en hebben als doel het verbeteren van de zorg en het creëren van een veiligere samenleving (Dienst Justitiële Inrichtingen, z.d.).

Dit doen zij door middel van een tweejaarlijkse callronde. Tijdens een callronde roept de KFZ forensische zorginstellingen op tot het indienen van projectvoorstellen.

Het onderzoek beschreven in dit onderzoeksverslag wordt uitgevoerd in opdracht van de Call Evidence Gap Map voor jeugd. De call is van start gegaan op 15 november 2019 onder leiding van bijzonder hoogleraar en lector, prof. Dr. Susan van Hooren. De doelen van dit project zijn;

- De kennislacune op basis van wetenschappelijk gepubliceerde en niet gepubliceerde literatuur te achterhalen.
- Behoeften naar nieuw onderzoek op te halen bij vaktherapeuten, onderzoekers, verwijzers en ervaringsdeskundigen/patiënten.

Onderzoeken te prioriteren op basis van praktijk en wetenschap.
(Kwaliteit forensische zorg, z.d.)

1.6 Aanleiding van de Call - Probleemanalyse

De aanleiding voor het uitzetten van de call, en daarmee voor dit onderzoek, begint bij een rapport dat in 2015 is gepresenteerd aan voormalig minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit rapport 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ' is uitgebracht door Zorginstituut Nederland met als hoofdzakelijke reden dat er onvoldoende zicht blijkt te zijn op de effectiviteit van Vaktherapie als onderdeel van behandeling binnen de geneeskundige GGZ (Borgesius & Visser, 2015). Binnen de GGZ geldt het criterium '*stand van de wetenschap en praktijk*' (Zorgverzekeringswet, 2005 §2, artikel 2.1). Dit houdt in dat het Zorginstituut Nederland beoordeelt of aangeboden zorg voldoet aan de kwaliteitseisen en beslist hiermee of zorg vergoed kan worden binnen het basispakket. Beoordeling verloopt aan de hand van beschikbare informatie welke verkregen wordt door het doen van wetenschappelijk (evidence-based) onderzoek (Zorginstituut Nederland, z.d.).

"Het Ministerie van Justitie heeft als beleidslijn dat in de toekomst alleen nog die interventies worden gefinancierd waarvan is vastgesteld dat ze (in theorie) effectief zijn in het tegengaan van recidive" (Smeijsters & Van den Braak, 2009, p. 8).

Binnen Vaktherapie in Nederland, alsook wereldwijd, is er echter weinig van deze informatie beschikbaar vanwege het gebrek aan een echt stevige onderzoekscultuur, welke momenteel wel steeds meer in opkomst is (Dokter, Van Hooren, Van der Maas, & Schrijnen-van Gastel, 2015).

Voorlopig is er echter nog onvoldoende bewijs voorhanden over de effectiviteit van de verschillende vaktherapieën binnen de geestelijke gezondheidszorg om te voldoen aan de *stand van wetenschap en praktijk*, zo wordt vermeld in het rapport van Zorginstituut Nederland (Borgesius & Visser, 2015).

De minister erkent de lange traditie van Vaktherapie in de geneeskundige GGZ, ook op internationaal niveau. Om deze reden heeft het Zorginstituut Nederland besloten om nog geen uitspraken te doen maar hiermee te wachten totdat de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) en de daarbij aangesloten beroepsgroepen de kans hebben gekregen om dit bewijs alsnog aan te leveren (Polman, 2015).

Sinds deze oproep zijn er al verschillende initiatieven geweest. Zo is er een Generieke Module Vaktherapie uitgebracht en ook is er een onderzoeksagenda opgesteld. De onderzoeksagenda geeft kader en richting aan toekomstige toename van evidence based practice (Benneker & Rentenaar, 2017).

*"Ik zie dat sinds het
verschijnen van dat
rapport veel energie is
losgekomen" zo stelt Prof.
Dr. Susan van Hooren,
voorzitter en lector
Kennisonwikkeling in een
interview dat in 2017 in het
Tijdschrift voor Vaktherapie
verscheen (Coenegracht,
2017).*

1.7 Parallelonderzoeken

Ook binnen de forensische jeugdzorg is weinig onderzocht over de toepassing en de resultaten van beeldende therapie. Dit verklaren verschillende bronnen, waaronder ook K. Kõiv en L. Kaudne in hun onderzoek naar geïntegreerde Vaktherapie voor jonge vrouwen in de forensische jeugdzorg (2015). Wel hebben zij met hun onderzoek aangetoond dat Vaktherapie werkzaam kan zijn voor de vermindering van emotionele- en gedragsproblemen bij deze doelgroep.

Recentelijk is er een literatuur-review gedaan door Liat Cohen-Yatziv en Dafna Regev (2019) naar de effectiviteit van beeldende therapie bij jeugdigen. Eén van de categorieën waarop gezocht werd betrof 'art therapy with juvenile offenders.' Vier grote databases zijn doorzocht en hierbij is slechts één studie gevonden passend bij deze categorie. Deze studie claimt echter wel de werkzaamheid van beeldende therapie bij deze doelgroep. In vergelijking met eenzelfde review maar dan gericht op volwassenen concluderen L. Cohen-Yatziv en D. Regev verder dat er "far few studies in relation to children" zijn

(2019). Ook zij roepen op tot verder onderzoek van deze doelgroep. Momenteel wordt door L. Bosgraaf een literatuur review uitgevoerd waarin de werkzame factoren van beeldende therapie bij kinderen en adolescenten met een dysfunctionele affectregulatie onderzocht worden. Echter ligt de leeftijdsgrens voor dit onderzoek tot 18 jaar.

Het onderzoek dat tot nu toe de meeste informatie leverde over de vaktherapeutische behandeling in de forensische jeugdzorg is het onderzoek van H. Smeijsters en J. van den Braak (2009). Waarbij met practice-based evidence is onderzocht welke interventies door vaktherapeuten worden ingezet in de JJI. Interventies zijn per vaktherapie in afzonderlijke publicaties beschreven en daarnaast in een algemeen Kaderdocument gepubliceerd. Deze bevindingen zouden echter nog verder getoetst moeten worden om de status van gegeneraliseerde interventies te krijgen.

Parallel aan dit onderzoek worden nog drie dossierstudies verricht in opdracht van de Evidence Gap Map Vaktherapie. Deze richten zich op dramatherapie, psychomotorische therapie en beeldende therapie voor 12 tot 18 jarigen.

1.8 Probleemstelling

1. Wat is het probleem?	Er is onvoldoende bekend over de effecten en werkingsmechanismen van BT bij 18-23 jarigen in de forensische jeugdzorg.
2. Voor wie is het een probleem?	Behandelaren en beleidsmakers in de JJI, vaktherapeuten en beeldend therapeuten. En mogelijk voor cliënten in de toekomst.
3. Wanneer is het een probleem?	2015 tot heden.
4. Waarom is het een probleem?	Er is onvoldoende grond om de effectiviteit en werking te bewijzen, wat noodzakelijk is om aan de wet 'stand van wetenschap en praktijk' te voldoen.
5. Waar doet het probleem zich voor?	In de Justitiële Jeugdinrichtingen van Nederland.
6. Hoe is het probleem ontstaan?	Door het ontbreken van een stevige onderzoekscultuur.

De effecten en bijbehorende werkingsmechanismen zijn nog te weinig onderzocht in de forensische jeugdzorg. Ook is onderzoek wat er al wel is, niet gericht op de nieuwere groep 18 t/m 23 jarige, of is het niet specifiek gericht op de forensische jeugdzorg en houdt hiermee dus geen rekening met de complexiteit van de problematiek. Toch lijkt er evidentie te zijn voor de werking van beeldende therapie in de forensische jeugdzorg. Bronnen die er wel zijn, geven goede resultaten. En vanuit het werkveld komen positieve klanken.

Omdat er nog zo weinig bekend is over het onderwerp is het belangrijk eerst verkennend onderzoek te doen. En aangezien de gepubliceerde literatuur ons van weinig informatie voorziet, richt dit onderzoek zich op de ongepubliceerde, *grijze literatuur*. Welke informatie valt er te verkrijgen vanuit cliëntdossiers? Dit brengt ons op de volgende hoofd- en deelvragen.

1.9 Vraagstelling

Hoofdvraag:

3.3

Welke informatie kan door middel van dossieronderzoek verkregen worden over beeldende therapie(BT) voor adolescenten van 18 jaar en ouder binnen de Forensische Jeugdzorg?

Deelvragen:

3.4

1. Welke indicaties worden er afgegeven voor BT bij adolescenten in de forensische jeugdzorg met oog op DSM-diagnose en pathologie?
2. Welke BT behandeldoelen worden gesteld bij adolescenten in de forensische jeugdzorg?
3. Hoe ziet het sessie verloop eruit bij BT behandeling?
4. Was de BT behandeling in groepsverband of individueel?
5. Welke methodiek(en)/theorieën worden gebruikt bij de BT behandeling?
6. Welke interventies worden gedaan binnen de BT behandeling?
7. Welke resultaten worden behaald bij de BT behandeling met adolescenten?
8. Welke observatie of meetinstrumenten zijn gebruikt voor, tijdens of na de BT behandeling?

1.10 Doelstelling

Het inventariseren van informatie uit cliëntdossiers (grijze literatuur) over de indicatiestelling, behandeling, behandeldoelen en resultaten bij beeldende therapie voor adolescenten die vanwege delinquent gedrag behandeld worden in een justitiële jeugdinrichting. Met als doel de kennislacune van grijze literatuur te achterhalen en hiermee een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de Evidence Gap Map Vaktherapie Forensische Jeugdzorg.

2 Methoden

2.1 Onderzoeksbenadering

De volgende informatie geldt voor alle deelvragen.

Het onderzoek is voornamelijk kwalitatief van aard, behalve deelvraag 4, waarbij het om kwantitatieve gegevens gaat. Het betreft een praktijkgericht onderzoek in de vorm van een dossieronderzoek. Deze onderzoeksbenadering is gekozen omdat dit aansluit bij de probleemanalyse en de vraag vanuit de praktijk. De vraagstelling heeft namelijk een open karakter. Het is *exploratief*, dat wil zeggen dat het om een verkennend onderzoek gaat. Vooraf is niet bekend welke informatie/data er te vinden zal zijn. Omdat de onderzoeksvraag luidt welke informatie er in cliëntdossiers te vinden valt, is alle mogelijk interessante informatie verzameld door de tekst nauwkeurig te lezen en fragmenten te selecteren en beoordelen op bruikbaarheid. Het streven was om een zo breed mogelijk beeld van de cliëntdossiers te krijgen. Het onderzoek richt zich veelal op het vinden van patronen uit vooraf onbekende gegevens (Baarda, 2014).

Om het onderzoek toch van enige structuur te voorzien zodat het uitvoerbaar is, is er vooraf een kader gemaakt met onderwerpen die richting geven waarop er gezocht kan worden. Dit kader is vormgegeven door middel van de acht deelvragen.

Beschrijvend praktijkonderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Wanneer je iets wil doen aan een praktijkprobleem is het van belang om eerst in kaart te brengen wat de situatie is. Het onderzoek richt zich dan op het beschrijven van de situatie. Bij dit onderzoek zijn dossiers van cliënten gebruikt om te onderzoeken welke informatie hierin naar boven komt en hoe deze informatie als bruikbare data omgezet kan worden voor vervolgonderzoek. Atkins en Coffey (2004) spreken over het belang van grijze data, zoals cliëntdossiers binnen instellingen, als belangrijke informatiebron die zeker niet onder hoeft te doen voor gepubliceerde literatuur. Wel is het belangrijk om bij gebruik van deze bronnen steeds rekening te houden met een aantal zaken. Door wie is de bron geschreven, voor welk publiek en met welk doel? Deze dingen kunnen van invloed zijn op de interpretatie van de tekst.

Daarnaast zal eerder praktijkonderzoek naar interventies binnen beeldende therapie in de Justitiële context vergeleken worden met de data die gehaald kunnen worden uit de dossiers van cliënten. Hiervoor worden de resultaten van het onderzoek van Smeijsters (2010) en Willemars & Helmich (2010) gebruikt. Uit deze onderzoeken zijn kernthema's naar voren gekomen waarop de beeldende therapie zich in deze context lijkt te richten. De kernthema's zijn; zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. In de huidige dossiers is gekeken of hier hedendaags nog sprake van is en zo niet, hoe dit veranderd lijkt te zijn door dit naast de conclusies van het dossieronderzoek te leggen. Met name worden hiervoor deelvraag 2, 5 en 6 geraadpleegd.

2.1.1 Vooronderzoek

Voorafgaand en ook tijdens het analyseren van de dossiers zijn bronnen in de vorm van literatuur en berichtgeving over het vakgebied geraadpleegd. Het belang hierbij is dat vooraf kennis nemen van (vak)literatuur over het onderwerp de onderzoeker helpt bij helder krijgen van de probleemstelling en draagt tevens bij aan de theoretische sensitiviteit. Tijdens het analyseren helpt deze kennis bij het interpreteren van de gegevens en het reflecteren op de resultaten (Boeije & Blijenbergh, 2019). Hiervoor zijn de volgende zoekmachines gebruikt; HAN Quest, Google Scholar, PubMed, Databank Vaktherapie. Tevens zijn websites van de volgende instanties geraadpleegd; Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), Rijksoverheid, KenVak, Kwaliteit Forensische Zorg(KFZ), Federatie Vaktherapeutische Beroepen. En de informatieve folder "Bouwen aan perspectief" van JJI Lelystad (z.d.B). Daarnaast heeft persoonlijke communicatie met Manager Opvoeding en Behandeling van de Hunnerberg (13 sept. 2019), en het bijwonen van bijeenkomsten van de GAP Map bijgedragen aan de voorkennis van de onderzoeker.

2.1.2 Dataverzameling en databronnen

Correcte ethische omgang met privacygevoelige data, zoals in dit onderzoek dossiers, is essentieel. Op advies van de Ethische Adviescommissie van Onderzoek FGGM, het adviesorgaan dat verbonden is aan de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, zijn de dossiers vooraf geanonimiseerd door de instellingen die de dossiers voor het onderzoek leveren om de privacy te waarborgen. De twee participerende organisaties waren de Hunnerberg te Nijmegen en Intermetzo te Lelystad.

Deze organisaties zijn geselecteerd omdat deze beeldende therapie gebruiken in de behandeling van de doelgroep.

De onderzoeker is in dienst getreden en heeft aldaar een privacy verklaringen afgelegd. Daarnaast is de onderzoeker onderworpen aan een WID-scan en heeft een VOG moeten overdragen om toegang te krijgen tot de dossiers. Hiermee zijn de gegevens van betrokken personen optimaal beschermd.

De geanonimiseerde dossiers zijn op locatie ingezien in afgesloten werkruimtes/kantoren met uitgeprinte/papieren versies van de dossiers. Voor het coderen is op de Hunnerberg gebruik gemaakt van het beveiligde computersysteem van de instelling. Bij Intermetzo is gebruik gemaakt van een eigen laptop.

2.1.4 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat uit 15 cliënten in totaal. Hiervan zijn er bij voorselectie drie afgevallen aangezien zij niet binnen de doelgroep vielen. Alle cliënten bevinden zich ten tijden van de start van de beeldende therapie in de leeftijdscategorie 18 t/m 23 jaar. Er is voor gekozen de exacte leeftijd niet te vermelden aangezien dit de privacy van de cliënten teveel in gevaar zou brengen. Ook is er gekozen geen onderscheid te maken in geslacht. Dit is geen onderwerp van de doelstelling en hierdoor is de kans op herkenning kleiner wat de privacy vergroot. Voor de leesbaarheid wordt gerefereerd naar cliënten als "hij". Alle beschikbare dossiers van alle JJI's in Nederland zijn bij dit onderzoek betrokken. Dit onderzoek is hiermee representatief voor de totale groep adolescenten in de leeftijd 18 t/m 23 die in de afgelopen 2 jaar BT hebben gevolgd in een JJI.

2.1.5 Betrouwbaarheid, validiteit

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te waarborgen is bij de dataverzameling door vier onderzoekers samengewerkt. Zij verrichten ieder hun eigen onafhankelijke dossieronderzoek naar vaktherapie in de JJI waarbij zij zich ieder op een andere differentiatie of doelgroep richten. Namelijk dramatherapie, psychomotorische therapie en beeldende therapie bij jongeren <18. De vier onderzoekers leggen samen vast hoe de informatie geselecteerd en gecodeerd wordt (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Doordat er een zelfde methode is gehanteerd kunnen data en informatie beter met elkaar vergeleken worden waarbij de kans op verschillende interpretatie beperkt blijft.

Daarnaast is tijdens het onderzoek steeds nauwkeurig vastgelegd hoe en op welke manier de data verkregen is door middel van systematische en transparante verslaglegging (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Voor de validiteit is het van belang zoveel mogelijk verslagen van de beeldend therapeuten mee te nemen in het onderzoek omdat hierin naar verwachting de meeste informatie over de BT behandeling staat. Gezien het geringe aantal adolescenten dat daadwerkelijke beeldende therapie krijgt is ieder dossier gebruikt bij dit onderzoek. Zou dit aantal onverhoopt te veel blijken voor de tijdsperiode waarin het onderzoek uitgevoerd werd, dan zou een selectie gemaakt worden op basis van compleetheid van de dossiers. Dit is uiteindelijk niet nodig geweest.

De validiteit in het onderzoek wordt vergroot door afbakening. Afbakening in dataverzameling door enkel te richten op de meest recente dossiers. Doordat er uitsluitend gebruik wordt gemaakt van al bestaande dossierbronnen is de kans op reactiviteit, waarbij een subject de kans krijgt zijn gedrag aan te passen en hiermee de validiteit van het onderzoek bedreigd, uitgesloten (Boeije & Blijenbergh, 2019, p.156).

2.1.6 Triangulatie

Voor het verkrijgen van een zo rijk mogelijk beeld van de resultaten is gebruik gemaakt van brontriangulatie en onderzoekstriangulatie. Triangulatie is een kwalitatieve onderzoeksstrategie om de validiteit van het onderzoek te vergroten (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe, & Nevile, 2014, p.454). Voor brontriangulatie zijn verschillende databronnen gebruikt en met elkaar vergeleken op systematische wijze.

De hoeveelheid van beschikbare bronnen is afhankelijk van het aantal beschikbare dossiers. Alle beschikbare dossiers van adolescenten die beeldende therapie hebben gevolgd in een JJI en welke beschikbaar gesteld konden worden voor het onderzoek, zijn hierbij gebruikt. Van de 15 dossiers voldeden er 3 niet aan de eisen (1 leeftijd te jong, 2 keer geen beeldende therapie gehad en ook niet vermeld in het perspectiefplan).

Een deel hiervan bevat rapportages van de beeldende therapie. Dit is voornamelijk de source voor het verkrijgen van data voor dit onderzoek. Daarnaast zijn o.a. ook de delictanalyse, het diagnostisch beeld, de doelen en het perspectiefplan geraadpleegd voor het verkrijgen van resultaten.

Daarnaast vindt brontriangulatie plaats door deze gegevens naast de informatie uit eerder gevonden literatuur te leggen. Hiervoor worden de onderzoeken van Smeijsters et al. (2012), Willemars en Helmich uit 2010 vergeleken. In de resultaten van dit onderzoek wordt beschreven wat de algemene consensus is van beeldende therapeuten over de behandeling van jeugdigen in een justitiële jeugdinrichting en de gesloten jeugdzorg. Uit het onderzoek blijkt dat er voornamelijk met vier kerngebieden gewerkt wordt: zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. Gekeken wordt naar of in de dossiers deze gegevens terug te vinden zijn en zo ja op welke manier dat zichtbaar wordt.

Onderzoekstriangulatie vindt plaats doordat twee onderzoekers bij het proces van coderen betrokken zijn geweest. Bij kwalitatief onderzoek is de onderzoeker zelf het onderzoeksinstrument waardoor subjectiviteit altijd een rol speelt (Baarda, 2018, p.92). Bij het coderen van data speelt interpretatie een grote rol. Om hierbij een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid te realiseren is er daarom samengewerkt met een tweede onderzoeker bij het proces van codering. De eerste twee dossiers zijn door twee onderzoekers, afzonderlijk van elkaar gelezen en gecodeerd. Doordat er een zelfde methode wordt gehanteerd kan data met elkaar vergeleken worden waarbij de kans op verschillende interpretatie beperkt blijft. Beiden onderzoekers beschikken over kennis van het vakgebied. Door het vergelijken met elkaar is geconstateerd dat beiden onderzoekers de verschillende begrippen op dezelfde wijze vaststellen en meten en dat waarnemingen op dezelfde wijze worden geïnterpreteerd. Hierdoor wordt getracht zo dicht mogelijk bij de waarneming te blijven en de validiteit te vergroten. Ook is hiermee de kans verkleind zaken over het hoofd te zien. Nadat data geanalyseerd en conclusies getrokken zijn, is deze door een tweede onafhankelijke onderzoeker gecontroleerd om te verifiëren dat de getrokken conclusies juist zijn.

Daarnaast zal tijdens het onderzoek steeds nauwkeurig vastgelegd worden hoe en op welke manier de data verkregen is door middel van systematische, transparante verslaglegging (Van der Donk & Van Lanen, 2019).

Methodetriangulatie is in dit onderzoek nauwelijks toegepast. Hiervoor is bewust gekozen gezien de aard van het onderzoek en de vraagstelling waarin de onderzoeksmethode, namelijk dossieronderzoek, al is vastgelegd. Toepassing van een andere onderzoeksmethode zou hierdoor tegenstrijdig zijn en ingaan tegen de vraag vanuit de opdrachtgever. Verderop in de discussie is een alinea over triangulatie opgenomen waarin dit verder uitgelegd wordt (paragraaf 5.2.2).

2.2 Methode van analyseren

De volgende informatie geldt voor alle deelvragen.

De methode die in dit onderzoek gebruikt is voor het analyseren van de gegevens is het coderen volgens de methode van Boeije en Blijenbergh (2019). Genaamd inductief coderen. Er is voor deze methode gekozen omdat inductief coderen uitgaat van het afleiden van codes uit verworven datamateriaal. Het wordt als geschikt bevonden bij onderzoek waar weinig theorie over een verschijnsel bestaat, zoals bij dit onderzoek het geval is.

Inductief coderen houdt hierin dat de dossiers aan de hand van het door deelvragen gevormde kader nauwkeurig worden gelezen en in drie fasen gecodeerd. De drie fasen bestaan uit het open coderen, axiaal coderen en selectief coderen.

De informatie zoals in de dossiers beschreven is de ruwe data. Deze ruwe data wordt gelezen en eerst open gecodeerd. Dit gebeurt met woorden die letterlijk uit de dossiers te halen zijn en dichtbij de menselijke waarneming staan (in-vivo-codes) maar ook de eigen taal van de onderzoeker wordt hierbij gebruikt. In deze fase is samengewerkt met een tweede onderzoeker om 'inter-codeurbetrouwbaarheid' te waarborgen (Boeije & Blijenbergh, 2019). Beide onderzoekers coderen – afzonderlijk – eerst twee dezelfde dossiers. De manier van coderen wordt met elkaar vergeleken om tot de meest aannemelijke interpretaties van tekstfragmenten te komen.

De overige dossiers zijn telkens door één onderzoeker gecodeerd. De open codes zijn verwerkt met het computerprogramma Microsoft Office Excel 2007 (hierna Excel). De codes worden op systematische wijze per dossier verwerkt. Dit geniet de voorkeur over het coderen per deelvraag omdat er op deze manier geen dubbel werk geleverd hoeft te worden. Ook is de kans kleiner om fragmenten over het hoofd te zien wanneer ieder dossier van voor naar achter gecodeerd wordt. Tevens is het tegelijk mogelijk om de fragmenten direct van een code te voorzien die hen indeelt bij een bepaalde deelvraag.

Alle afzonderlijke dossiers zijn voorzien van een code welke is opgebouwd uit HU (Hunnerberg) of IM (Intermetzo) gevolgd door BT (beeldende therapie) en daarachter een cijfercode. Hierdoor was steeds gemakkelijk terug te vinden bij welk dossier een fragment hoort.

Vervolgens is gekeken per dossier welke datafragmenten informatie geven die belangrijk is voor welke deelvraag. Alle deelvragen zijn voorzien van een aparte kleurcode passend bij de verschillende datafragmenten. Zoals te zien is op Figuur 1 en 2. Als tussenstap zijn alle fragmenten per deelvraag bijeen gezet. Ieder dossier bevat grote hoeveelheden informatie. De fragmenten per deelvraag onderbrengen zorgt voor meer overzicht. Daarbij komt dat verschillende deelvragen een andere aanpak vereisen. In paragraaf 2.2.1 tot en met 2.2.4 wordt hier verder op ingegaan.

Verder is continu nieuw verworven data toegevoegd aan de verzamelde gegevens. Dit brengt een systematisch proces op gang waarin verzamelen, analyseren en ontwerpen elkaar afwisselen zoals in een onderzoekscyclus gebruikelijk is (Verhoef, Kuiper, Neijenhuis, Dekker-van Doorn, & Rosendal, 2015). Codes komen meerdere keren voor in eenzelfde dossier. Na een tijd treedt verzadiging op: er komen geen nieuwe codes meer bij (Boeije & Blijenbergh, 2019).

Er is gewerkt met een Logboek van Bevindingen en met memo's. Volgens Boeije & Blijenbergh (2019): "zijn memo's een onmisbare bron voor de latere verslaglegging van alle stappen van het onderzoek." Voor de memo's is in Excel steeds een kolom gereserveerd. Hierdoor is overzichtelijk op welk fragment en/of datacode de opmerking van toepassing is en kunnen zij snel teruggevonden worden.

Het analyseren gebeurde zo transparant en navolgbaar mogelijk. Waarbij alle data volgens systematische manier op papier is nageteld door een tweede onafhankelijke onderzoeker.

43	Wanneer dingen te ingewikkeld worden geeft hij geen grens aan maar lacht hij ze weg.	grenzen
44	De reden van aanmelding was het bewerkstelligen van meer openheid n.a.v. vermoedens van trauma.	trauma
45	In het therapietraject lag de focus voornamelijk op het weerbaarder worden.	weerbaarheid
46	Het (vermoedelijke) trauma is niet aangeraakt of naar voren gekomen.	trauma niet aan bod gekomen
47		
48	4. reden van afronden therapie. De therapeut stopt met haar werkzaamheden binnen de JJI.	vertrek therapeut

Figuur I data analyse open coderen | voorbeeld

1. Welke indicaties voor BT worden afgegeven bij adolescenten in de forensische jeugdzorg met oog op psychische pathologie?
2. Welke BT behandeldoelen worden gesteld bij adolescenten in de forensische jeugdzorg?
3. Hoe ziet de sessies verloop eruit bij BT behandeling?
4. Was de BT behandeling in groepsverband of individueel?
5. Welke methodiek(en)/theorieën worden gebruikt bij de BT behandeling?
6. Welke interventies worden gedaan binnen de BT behandeling bij adolescenten?
7. Welke resultaten worden behaald bij de BT behandeling met adolescenten?
8. Welke observatie of meetinstrumenten zijn gebruikt voor, tijdens of na de BT behandeling?

Figuur II kleurcodes per deelvraag

2.2.1 Deelvraag 1

Nadat de open codes zijn verzameld start het axiaal coderen. De codes worden nu weer geïntegreerd door thema's te vormen. Dit gebeurt in de vorm van een systematisch proces waarbij codes steeds met elkaar worden vergeleken. Daarbij worden de fragmenten opnieuw geraadpleegd. Het is een proces waarbij de codeboom telkens veranderd naarmate nieuwe inzichten gevormd worden (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

Alle dubbele codes (binnen één dossier) worden weggelaten. Daarna zijn synoniemen samengevoegd om het aantal codes te reduceren. Zo zijn bijvoorbeeld de codes 'agressie' en 'gewelddadigheid' veranderd naar 'agressieproblemen'.

Uit deze thema's kan in fase drie, het selectief coderen, een patroon zichtbaar worden die antwoord geeft op de onderzoeksvraag. Gezien de aard van dit onderzoek – beschrijvend en inventariserend – is het voornaamste doel het inventariseren van de gevonden kerncategorieën en beschrijven van verschillende voorkomende variaties binnen die kerncategorieën (Boeije & Bleijenbergh, 2019).

De analyse van deelvraag 1 verloopt bijna hetzelfde als de meeste anderen, alleen voor het achterhalen van de indicaties wordt alle data gebruikt uit het hele dossier en geen onderscheid gemaakt tussen BT en de overige info.

2.2.2 Deelvraag 2 – 3 – 5 – 6 – 7

Deze deelvragen zijn op een vergelijkbare manier gecodeerd als deelvraag 1. Het verschil is dat bij deze deelvragen een onderscheid gemaakt is tussen de data die expliciet geldt voor BT en de informatie die iets zegt over de gehele behandeling of soms zelfs expliciet voor een ander therapieonderdeel. Dit onderscheid is belangrijk omdat vaak onduidelijk is aangegeven of informatie geldt voor BT, maar deze informatie voor het onderzoek toch waardevol is.

Tijdens het analyseren is dit in Excel aangegeven per fragment in een afzonderlijke kolom. Zoals in het voorbeeld bij Tabel 1 te zien is.

Fragment	Open codes	Doel geldig voor
(...) CGT (...) komende periode meer gericht op het bijstellen van deze gevoelens en gedachten naar mee realistische en helpende gedachten.	bijstellen gedachten/gevoelens	CGT doel
Abstinent blijven van zijn middelengebruik (...) inzetten van alternatieven voor triggers van middelengebruik.	beheersing tov middelengebruik	algemeen doel
In de komende periode is het de intentie dat de creatieve therapie beeldend zal worden gecontinueerd. (...) naast het uiten van onder andere zijn frustraties ook laat zien dat hij een actieve aanpak heeft hoe hij hier mee om kan gaan.	emotieregulatie	BT doel

Tabel 1 | voorbeeld deelvraag 2

Voor beantwoording van deelvraag 5 zijn de resultaten van deelvraag 6 geraadpleegd en zijn deze in verband gebracht met de therapeutische werkwijzen van H. Smeijsters (2014).

2.2.3 Deelvraag 4

Omdat bij deelvraag 4 de mogelijke uitkomsten al vastliggen, namelijk individuele therapie of therapie in groepsverband, is een kwantitatieve benadering geschikter (Baarda, 2014). Behalve het doorzoeken van de dossiers naar informatie die iets zegt over welke van de twee is toegepast, is ook informatie meegenomen die iets zou kunnen zeggen over de behoefte van een cliënt aan één van beide vormen. Alle data is verzameld en verwerkt in Excel waarbij data met vergelijkbare uitkomsten bij elkaar gezet is om een overzicht te creëren van wat het vaakst voorkomt.

2.2.4 Deelvraag 8

Informatie over meetinstrumenten staat in de cliëntdossiers (perspectiefplannen) onder de kop 'ANALYSE EN PERSPECTIEF – Instrumenten.' Bij het coderen van het volledige dossier wordt ook in de andere onderdelen gezocht naar bruikbare data. Zowel de naam van het meetinstrument, de inhoud als informatie over wanneer en door wie ingevuld zijn verzameld per dossier in een schema (zie bijlage 1 Codeboom). Hierna zijn de gegevens omgezet in een nieuw schema waarbij het meetinstrument in de eerste kolom staat.

3 Resultaten

Van de 15 dossiers voldeden er 3 niet aan de eisen (1 leeftijd te jong, 2 keer geen beeldende therapie gehad en ook niet vermeld in het perspectiefplan).

3.1 Deelvraag 1

Welke indicaties voor BT worden afgegeven bij adolescenten in de forensische jeugdzorg met oog op psychische pathologie?

Over indicatie en psychopathologie is in de cliëntdossiers veel data gevonden. Hieronder volgt een samenvatting van die data. Wat diagnostiek betreft kunnen indicaties worden onderverdeeld in acht categorieën, zoals te zien is in Tabel 2. In Bijlage 1 (werkblad 1) is te vinden hoe vanuit de codes tot deze acht categorieën is gekomen.

In kolom twee staat aangegeven hoeveel resultaten er in totaal gevonden zijn en in kolom drie in hoeveel van de 12 cliëntdossiers het genoemd werd.

Psychopathologie indicatie		Aantal resultaten	Aantal dossiers (12 totaal)
Onderontwikkelde of negatieve identiteitsvorming	Lage zelfwaardering, problemen in de interactie	40	12
Bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling	Persoonlijkheidsstoornis cluster B/C, hechtingsproblematiek	43	12
Gedragsproblemen	Gedragsstoornis, agressieproblemen, externaliserend & internaliserend gedrag	58	11
inadequate copingvaardigheden	Vermijding, middelengebruik	36	12
Negatieve gedachten/gevoelens	Angstklachten, stemmingsklachten, disfunctionele denkschema's, emotie- en spanningsregulatieproblemen, ambivalentie	70	12
psychotische symptomen	Schizofrenie, wanen, paranoïde	9	5
Trauma	PTSS, trauma	10	7
Problematiek gerelateerd aan ontwikkeling	ASS, AD(H)D, gebrekkige cognitieve / emotionele / sociale ontwikkeling	43	12

Tabel 2 | Psychopathologie indicatie

Daarnaast leveren de cliëntdossiers nog andere resultaten wat betreft de indicatie:

- In vier dossiers word gesproken over een matig recidiverisico, bij één van een hoog recidiverisico.
- In zeven dossiers word een hoge motivatie voor behandeling waargenomen. Bij vijf dossiers is weerstand tegenover BT waargenomen.
- In zeven dossiers was sprake van een belaste voorgeschiedenis. Bij drie ontbreekt een steunende volwassenen in zijn of haar leven. In vier dossiers werd een crimineel/gewelddadig verleden genoemd en in één geval had de cliënt geen strafrechtelijk verleden. Bij de overige zeven werd dit niet expliciet in de dossiers genoemd.
- Overige indicaties betreffen; cliënten die moeite ervaren met het leven in een JJI, autoriteitsproblemen hebben, of verblijven op basis van een PIJ-maatregel, VTUL, GBM time-out of een lang-verblijfstatus hebben.
- Daarnaast ook ontkeners van het delict (in twee gevallen), en cliënten die behoefte hebben aan individuele aandacht (2 dossiers).
- In één enkel geval wordt boulimia nervosa genoemd, dit wordt echter in het dossier aangemerkt als 'forensisch niet relevant' en is daarom geen indicatie.
- Bij drie cliënten was eerdere hulpverlening niet effectief gebleken. Bij één daarvan wordt verder in het dossier opgemerkt dat veel interventies ongeschikt zijn voor jongeren met een laag IQ, en dat daarom op BT wordt ingezet.
- Bij één dossier wordt 'creatief zijn' aangemerkt als indicatie voor BT. Daarnaast worden protectieve factoren als indicatie genoemd, namelijk; aanspreekbaar zijn, (deels) veerkrachtig zijn, het hebben van een steunende volwassene, gemiddeld intelligent (vier keer), hoog intelligent (één keer), en gewetensontwikkeling.
- In het enige dossier waaruit geen gedragsproblemen blijken wordt verder vermeld dat de cliënt geen strafrechtelijk verleden heeft en geen agressie toont.

Voor een overzicht van de meest voorkomende indicaties zijn in Tabel 3 alle indicaties opgenomen die minstens in zes dossiers (50%) voorkwamen.

Lage zelfwaardering (7x)	Middelengebruik (8x)
gebrek aan zelfvertrouwen (6x)	omstandigheden opvoedsituatie/ belaste voorgeschiedenis (6x)
verminderd empathisch vermogen (9x)	Angstklachten (7x)
gebrekkige gewetensontwikkeling (6x)	Spanningen (9x)
gedragsproblemen (11x)	Emotieregulatieproblemen (6x)
agressieproblemen (8x)	boosheid (overmatige affecten) (6x)
Impulsiviteit (8x)	ASS (6x)
gebrekkige copingvaardigheden (10x)	ADHD (6x)

Tabel 3 | Meest voorkomende indicaties

3.2 Deelvraag 2

Welke BT behandeldoelen worden gesteld bij adolescenten in de forensische jeugdzorg?

Behalve onder de paragraaf 'doelen en middelen' staan ook door het hele perspectiefplan heen behandeldoelen beschreven. Een deel hiervan zijn behandeldoelen van beeldende therapie. Andere doelen zijn meer algemeen van aard. Daarom is onderscheid gemaakt tussen doelen waarbij specifiek vermeld wordt dat hier bij BT aan wordt gewerkt, algemene behandeldoelen en doelen die bij andere onderdelen van de behandeling aan bod komen, zoals andere (vak)therapieën. De resultaten van de laatste twee zijn te vinden in Bijlage 1, werkblad 2.

Bij twee dossiers is geen informatie gevonden over BT behandeldoelen. In één dossier was in de huidige instelling nog geen BT sessie geweest en waren er nog geen doelen gesteld. Bij de ander was de BT afgebroken maar werd er nog wel PMT gegeven. Uit de tekstfragmenten was niet op te halen of de genoemde doelen voor BT of PMT gelden. Omdat dit niet expliciet is omschreven zijn deze doelen niet als BT doel meegenomen.

De volgende uitspraken horen bij Tabel 4:

Er zijn in totaal zestig resultaten gevonden van verwijzingen naar BT behandeldoelen (waaronder dubbelen). Een volledig overzicht is te vinden in Bijlage 1, werkblad 2. De BT doelen kunnen samengevat worden tot een zevental categorieën. Bij sociaal-emotioneel ontwikkelen gaat het over doelen zoals; leren vertrouwen, emoties uiten, bespreekbaar maken en persoonlijke thema's in het medium leren uiten.

Bij sociale vaardigheden ontwikkelen gaat het over het ontwikkelen van een empathisch vermogen, grenzen stellen en respecteren van de ander, afstemmen op de ander maar ook over hulp leren vragen. De derde categorie gaat over het ontwikkelen van een positief zelfbeeld, een eigen identiteit en vergroten van het zelfvertrouwen. De vierde categorie bevat doelen die te maken hebben met de cognitieve ontwikkeling. Zelfinzicht verkrijgen, eigen gedachten onderzoeken, leren mentaliseren, reflecteren en het inschatten van risico's.

De vijfde categorie vat emotieregulatie en spanningenregulatie samen. Deze twee doelen worden samen met het doel 'Zelfbeeld' het vaakst genoemd in de dossiers (zie Bijlage 1 Codeboom, werkblad 2). Bij gedragsverandering gaat het over het uitbreiden van het handelingsrepertoire en het ontwikkelen van nieuwe copingvaardigheden. Maar ook over aangaan in plaats van vermijden en leren de aandacht beter te kunnen richten. De laatste categorie is traumaverwerking. Deze verdient een eigen categorie omdat dit doel ook bij maar liefst vier van de twaalf dossiers wordt genoemd.

axiaal	Selectief	aantal
Sociaal-emotioneel	sociaal-emotioneel ontwikkelen	3 v/d 12
Openheid/zichzelf leren uiten		
Empathie ontwikkelen	sociale vaardigheden ontwikkelen	7 v/d 12
Sociale vaardigheden		
Grenzen		
Afstemmen		
positieve identiteitsontwikkeling	zelfbeeld / identiteitsontwikkeling	6 v/d 12
Zelfinzicht	cognitieve ontwikkelingen	6 v/d 12
Mentaliserend vermogen		
Reflecteren		
Emotie & spanningsregulatie	reguleren van emoties & spanningen	6 v/d 12
Nieuw gedrag ontwikkelen	gedragsverandering	4 v/d 12
traumaverwerking	traumaverwerking	4 v/d 12

Tabel 4 | Behandeldoelen

3.3 Deelvraag 3

Hoe ziet de sessie verloop eruit bij de BT behandeling?

De volgende resultaten zijn gehaald over het verloop van de sessies: Drie van de onderzochte cliënten volgen op moment van het onderzoek BT. In twee gevallen is de BT afgerond. Eén cliënt heeft twee keer de BT afgerond, eenmaal in groepsverband en eenmaal individueel. Het aantal sessies loopt hierbij uiteen. In vier gevallen is de BT uitgevallen. In het dossier met nummer IMBT07 staat twee keer BT vermeld, één keer in 2017 waarbij de reden van uitval onbekend is en één keer in 2019. Hierbij is net als bij dossier IMBT09 de reden van uitval het ontslag van de beeldende therapeut. Ook wordt eenmaal als reden van uitval genoemd een gebrek aan motivatie voor behandeling. Vanwege een stage heeft de cliënt geen tijd meer voor twee vaktherapieën en kiest voor PMT boven BT. In het dossier staat: “De hypothese van de therapeut hierover is dat PMT emotioneel wat minder dichterbij komt.” Bij drie dossiers ontbreekt informatie en bij één dossier is de cliënt nog niet gestart, zoals te zien is in Tabel 5.

Sessieverloop in BT			
open codes	dossiernr.	axiaal	selectief
14-02-2017 - lopend	HUBT01	Lopend	Lopend
17-01-2017 - lopend	HUBT02		
04-07-2017 - lopend	HUBT03		
24-03-2017 / 18-05-2017 / afgerond / twee sessies gehad	IMBT04	Afgerond - 2 sessies	Afgerond
29-03-2016 / 17-05-2016 / afgerond (groeps)	IMBT04	Afgerond - 7 weken	
01-12-2015 / 07-07-2016 / afgerond	IMBT05	Afgerond - 27 weken	
01-12-2018 / 04-02-2019 / uitgevallen	HUBT04	gebrek motivatie	Uitgevallen
27-03-2017 / 01-06-2017 / uitgevallen	IMBT05	reden onbekend	
30-01-2019 / 18-12-2019 / uitgevallen	IMBT07	ontslag therapeut	
18-05-2017 / 24-08-2017 / uitgevallen	IMBT07	reden onbekend	
20-01-2019 / 26-02-2019 / uitgevallen (gepauzeerd)	IMBT09	ontslag therapeut	
25-04-2018 - einde onbekend	HUBT09	onbekend	onbekend
informatie ontbreekt	HUBT07	informatie ontbreekt	
informatie ontbreekt	HUBT08		
niet geïndiceerd	HUBT05	niet geïndiceerd	niet geïndiceerd

Tabel 5 | Sessieverloop

Verder komt uit de dossiers naar voren dat BT (in ieder geval) bij één cliënt in een vroegtijdig stadium wordt ingezet om de cliënt beter te leren kennen zodat er beter aangesloten kan worden bij wat de cliënt nodig heeft. Ook blijkt de BT (in tenminste drie gevallen) te starten met een kennismaking/observatieperiode. Verder wordt er met thema's gewerkt welke aangepast zijn aan de cliënt. Zoals: “beginnen met het ‘zelf’” of het opdoen van succeservaringen. Andere resultaten zijn te vinden in Bijlage 1, werkblad 3.

De beeldende therapie praktijk bevindt zich op een aparte locatie buiten de JJI. Uit een dossier blijkt dat de BT sessie niet doorgaat wanneer het verlof van de cliënt is ingetrokken. De cliënt wordt geacht zelf contact te zoeken met de therapeut om een afspraak in de JJI te maken.

3.4 Deelvraag 4

Was de BT behandeling in groepsverband of individueel?

Bij één dossier werd beeldende therapie in groepsverband genoemd. Bij drie dossiers werd individuele therapie genoemd. Eén hiervan geeft echter niet expliciet aan of dit over de beeldende therapie gaat. Bij negen dossiers ontbrak in het dossier informatie over of de beeldende therapie individueel of in een groep werd gegeven.

Verder werd in zes dossiers benoemd dat de cliënt baat heeft of zou hebben bij een individueel zorgprogramma. In één geval werd genoemd dat een groepstherapie ongeschikt zou zijn vanwege teveel prikkels.

In Tabel 6 zijn de gegevens weergegeven.

individueel, BT	HUBT03; IMBT04		individuele beeldende therapie
individuele therapie	HUBT01	Uit dossier niet op te maken of dit over BT gaat. Cl. Krijgt op moment namelijk zowel BT en CGT	
baat bij individuele zorg (ITA)*	HUBT03; IMBT07; (IMBT04)		baat bij individuele therapie
behoefte individuele aandacht	HUBT05		
individueel schoolprogramma	IMBT07		
ongeschikt voor groep ivm prikkels	HUBT05		
groepstherapie, BT	IMBT04		Beeldende therapie in groepsverband
geen informatie beschikbaar	HUBT02; HUBT04; HUBT05; HUBT07; HUBT08; HUBT09; IMBT05; IMBT07; IMBT09		ontbreken informatie in dossier

Tabel 6: Individueel – Groepstherapie

*ITA staat voor Individueel Traject Afdeling.

3.5 Deelvraag 5

Welke methodiek(en)/theorieën worden gebruikt bij de BT behandeling?

In de JJI's werkt men op maat en zonder protocollen. De heersende methodiek in alle JJI's is YOUTURN. Hierbij wordt gewerkt met ontwikkelingsprofielen. Dit komt ook in de dossiers naar voren, de gevonden ontwikkelingsprofielen zijn weergegeven in Tabel 7, aangegeven is hoe vaak het gevonden is.

Ontwikkelingsprofielen YOUTURN	
beseffen wat je doet	1x
omgaan met gezag	2x
keuzes maken	1x
Middelengebruik	1x
omgaan met vrijheden en verlot	1x
seksualiteit en intimiteit	1x
spanningsregulatie	1x
zelfbeeld	1x
toekomst	1x

Tabel 7 | Ontwikkelingsprofielen

Binnen de BT is twee keer Mentalization Based Treatment als resultaat gevonden. Eenmalig vond psycho-educatie plaats in het kader van Autisme Spectrum Stoornis (ASS) en eenmalig het creatief-plan-spel model. Verder wordt er zowel doelgericht als ervaringsgericht gewerkt en met thema's, zoals te zien in Tabel 8. In Bijlage 1, werkblad 5 treft u enkele methodieken/theorieën aan die in de behandeling van de onderzochte cliënten ingezet zijn maar buiten de BT om. Zoals die voor de algemene behandeling gelden of voor een andere (vak)therapie, waaronder ook Mindfulness.

Methodiek/Theorie in BT	Dossierrnr.	
Mentalization Based Treatment	HUBT02; HUBT05	Methodiek BT
psycho-educatie ASS	HUBT03	
creatief plan-spel model	HUBT01	
werken met thema's	HUBT01; HUBT02; IMBT07	Techniek BT
doelgericht werken	IMTB07	
ervaringsgericht werken	IMTB07	

Tabel 8 | Methodiek

Verder blijkt dat in de BT voornamelijk met drie werkwijzen gewerkt wordt zoals te zien in Tabel 10.

Supportief	Ortho(ped)agogisch	Re-educatief
Aansluiten	Spiegelen	Therapeut zet zichzelf kwetsbaar in
Aansluiten bij eigen ideeën	Reflecteren	Structureren
Meebewegen (in materiaal)	Voordoen – nadoen	Bekrachten van gewenst gedrag
Samenwerking met hetzelfde materiaal	Voordoen variaties en differentiaties	
Bekrachten		

Tabel 10 | Werkwijzen

3.6 Deelvraag 6

Welke interventies worden gedaan binnen de BT behandeling bij adolescenten?

De resultaten van deelvraag zes zijn weergegeven in Tabel 11. Interventies die in de dossiers gevonden zijn kunnen herleid worden tot vier hoofdcategorieën; begeleiden, houding therapeut, mediumgericht en afgestemde werkvormen. Verder is er gevonden dat bij ontslag van de beeldende therapeut een andere vaktherapie ingezet wordt namelijk PMT. De reden hiervoor wordt niet specifiek benoemd. Bij vijf dossiers is geen enkele informatie gevonden over interventies. Bij één dossier werd benoemd dat er “met verschillende interventies is gewerkt”, echter werden deze interventies niet uitgelegd. Verder kwam naar voren dat bij deze doelgroep de behandeling vooral gericht is op begeleiding en sturing.

BT interventies			
open codes	dossiernr.	axiaal	selectief
voordoen-nadoen, voordoen variaties en differentiaties	HUBT03	Begeleiden	Begeleiden
structureren	HUBT03		
meebewegen, meebewegen in materiaal, samenwerken met hetzelfde materiaal	HUBT03	Aansluiten	Houding therapeut
spiegelen	HUBT03		
aansluiten, aansluiten bij eigen ideeën	HUBT03		
bekrachtigen	HUBT03	Bekrachtigen	
reflecteren	IMBT07	Reflecteren	
zelf kwetsbaar opstellen	IMBT04	Kwetsbaarheid	
aandacht richten op materiaal	HUBT03	Product	Mediumgericht
werkstuk bekijken	HUBT03		
werken met opdrachten	HUBT08	Thematische werkvormen	Afgestemde werkvormen
met thema's werken	IMBT07		
4 basisemoties	HUBT08		
woorden geven	HUBT08		
kleuren toekennen	HUBT08		
tekenen	HUBT08		
lichaamstekening	HUBT08		
actuele situatie	HUBT08		
succeservaringen	HUBT02		
PMT inzetten ipv BT	IMBT07	PMT ipv BT	PMT ipv BT
Geen BT verslag beschikbaar	HUBT04; HUBT05; HUBT07; HUBT09; IMBT09	Geen informatie beschikbaar	geen informatie beschikbaar
Noemt inzet interventies maar niet welke	IMBT05		

Tabel 11 | Interventies

3.7 Deelvraag 7

Welke resultaten worden behaald bij de BT behandeling met adolescenten?

Dossier HUBT05 is uitgesloten (heeft nog geen BT gehad) en bij HUBT09 en IMBT05 ontbreekt een BT verslag.

Resultaten die bij BT worden behaald zijn op te delen in een aantal categorieën en subcategorieën zoals te zien in Tabel 12.

Uit de dossiers blijkt dat er resultaten behaald worden op cognitief gebied. In drie gevallen werden cliënt zich door BT meer bewust van hun problematiek en twee waren door BT beter in staat tot reflecteren. In één geval kon de cliënt na BT nog niet reflecteren.

Daarnaast worden er op sociaal-emotioneel niveau resultaten behaald zoals zichzelf beter kunnen uiten zowel in het medium als daarbuiten. In een dossier gaf de cliënt toe dat het schilderij een bijzondere betekenis had maar was nog niet in staat deze met de therapeut te delen.

Resultaten worden geboekt op het gebied van zelfvertrouwen, cliënten kunnen beter keuzes maken en BT heeft een steunend effect op de stemming.

Twee cliënten zijn na BT beter in staat de aandacht te richten. Via spiegelen en uitproberen leren cliënten te differentiëren in handelingen. Bij één dossier werd weinig variatie en differentiatie in het medium gezien.

Eén cliënt rondde de traumabehandeling af en bij één cliënt kwam het trauma niet aan bod. Over of BT wordt voortgezet is niet in elk dossier informatie opgenomen. Als redenen voor het afbreken van de BT worden genoemd; de therapie komt te dichtbij, de opmerking van de therapeut maakt teveel indruk, het sluit niet aan, de BT is niet effectief. Verder wordt in BT verslagen twee keer een gedane observatie over het gedrag van de cliënt benoemd.

dossiernr.	axiaal	axiaal	selectief
HUBT01 HUBT02 HUBT03	Bewust worden van problematiek	Bewust worden van problematiek	Cognitief
HUBT02 IMBT04	beter reflecteren	beter reflecteren	
IMBT07	kan (nog) niet reflecteren	kan (nog) niet reflecteren	
HUBT01 IMBT07	kan zichzelf uiten	Verbeterd contact	sociaal-emotioneel openstellen
HUBT01 IMBT04	Zichzelf uiten deels behaald	kan zichzelf uiten deels behaald	
HUBT08	spanningen aangeven in medium	emoties en spanningen aangeven	
HUBT02 HUBT03	keuzes maken	zelfbeeld/zelfvertrouwen	zelfbeeld/zelfvertrouwen
HUBT02 IMBT04 IMBT07	zelfbeeld/zelfvertrouwen		
HUBT02	rustiger gevoel	stemming verbeterd	
HUBT03 IMBT07	Betere stemming		
HUBT02; HUBT03	beter in staat aandacht te richten	beter in staat aandacht te richten	gedragsverandering

HUBT02	onderzoeken acrylverf	Differentiëren in handelingen	
HUBT02			
HUBT03	differentiatie handeling		
HUBT03	Spiegelend leren		
HUBT03	weinig variatie/differentiatie	weinig variatie/differentiatie	
IMBT07	trauma niet behandeld	traumabehandeling	resultaten trauma
HUBT02	traumabehandeling afgerond		
HUBT01	BT continueren	BT continueren	Voortgang therapie
HUBT04			
IMBT04			
IMBT09	BT afgebroken : reden onduidelijk	BT afgebroken	
HUBT07			
IMBT04	werkstuk afmaken/afscheid nemen	goed afsluiten BT	
HUBT04	controledwang	observaties	Gedane observaties
HUBT04	nabijheid /contact		

Tabel 12 | Resultaten

Dit is een ingekorte versie. De volledige Tabel is te vinden in Bijlage 1, werkblad 7. Waarin ook opgenomen is welke doelen niet behaald zijn.

3.8 Deelvraag 8

Welke observatie of meetinstrumenten zijn gebruikt voor, tijdens of na de BT behandeling?

Uit de cliëntdossiers kwam verreweg het meest de Structured Assessment of violence risk in youth (SAVRY) als meetinstrument in de resultaten naar voren. Bij maar liefst tien van de twaalf dossiers is de SAVRY ingezet. Daarna volgen de Taken en Vaardigheden van Adolescenten (TVA) en de Hoe Ik Denk vragenlijst (HID) als meest voorkomend. Andere meetinstrumenten zijn in Tabel 13 te lezen. In de Tabel staat verder genoteerd door wie het meetinstrument is ingevuld/afgenomen en wanneer. In veertien gevallen werden daarover geen resultaten gevonden. Vier meetinstrumenten worden in kader van de Routine Outcome Monitoring (ROM) uitgevoerd wat betekent dat ze regelmatig afgenomen worden.

Meetinstrument	Volledige naam	Dossiernr.	Ingevuld door	Wanneer afgenomen
SAVRY	Structured Assessment of violence risk in youth	HUBT01; HUBT03; HUBT04; HUBT05; HUBT08; HUBT09; IMBT04; IMBT05; IMBT07; IMBT08	niet benoemd	3x na BT; 1x 2e periode; 6x niet benoemd
TVA	Taken en Vaardigheden van Adolescenten	HUBT02; HUBT03; HUBT05; HUBT08; HUBT09	mentor	1x tijdens BT; 1x aan het begin vd 2e periode; 3x niet benoemd

HID	Hoe Ik Denk vragenlijst	HUBT03; HUBT04; HUBT05; HUBT07; HUBT08	cliënt zelf	1x screening bij de opname; 4x niet benoemd
SAPROF	De Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk	HUBT04	niet benoemd	niet benoemd
MAYSI2	The Massachusetts Youth Screening Instrument-Second	HUBT07	cliënt zelf	screening bij de opname
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire	HUBT07	cliënt zelf	screening bij de opname
V-LIG	Verkorte Lijst Irrationele Gedachtes	HUBT09	niet benoemd	in kader van de ROM
YSR	Youth Self Report	HUBT09	cliënt zelf	in kader van de ROM
UCL	Utrechtse Copinglijst	HUBT09	cliënt zelf	in kader van de ROM
ATMQ	Adolescent Treatment Motivation Questionnaire	HUBT09	niet benoemd	in kader van de ROM

Tabel 13 | Meetinstrumenten

4 Conclusie

4.1

Beantwoording deelvraag 1:

Welke indicaties worden er afgegeven voor BT bij adolescenten in de forensische jeugdzorg met oog op DSM-diagnose en pathologie?

Uit de resultaten blijkt dat ondanks plaatsing binnen een JJI gebaseerd is op een strafmaatregel en dus niet op diagnose, toch veel dezelfde problematiek voorkomt. Alle onderzochte cliënten hebben ernstige meervoudige problematiek. Ook hebben ze allen een onderontwikkelde of negatieve identiteitsvorming en (bijna allen) een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling. Er was er één waarbij geen persoonlijkheidsstoornis en/of trekken hiervan zijn waargenomen. Verder hebben alle onderzochte adolescenten inadequate copingvaardigheden, waarvan vlucht in middelengebruik het vaakst aanwezig is. Ook gedragsproblemen komen veelvuldig voor, maar liefst elf keer.

Alle onderzochte adolescenten lijden onder negatieve gedachten en/of gevoelens, angstklachten of stemmingsklachten en het niet kunnen reguleren van deze emoties en spanningen.

Wederom in alle dossiers, werd ook problematiek gerelateerd aan de ontwikkeling teruggevonden. Zoals de ontwikkelingsstoornis Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder (zes keer) en Autisme Spectrum Stoornis (ook zes keer).

Deze bevinding steunt de 'common cause theory' (Angenent & De Man, 1996) ofwel het 'gemeenschappelijk ontwikkelingspatroon' (Loeber, Slot & Sergeant, 2001) waarbij jongeren die verschillende vormen van delictgedrag vertonen over het algemeen wel dezelfde achtergrondfactoren en problematiek hebben.

De enige die niet voor alle onderzochte cliënten geldend lijken te zijn, zijn de alsnog veel voorkomende indicaties traumaproblematiek (zeven keer) en psychotische symptomen (vijf keer).

Verder lijkt BT vooral geïndiceerd te worden indien het recidiverisico matig of hoog is. De motivatie voor BT is, volgens de resultaten van dit onderzoek, niet per definitie een reden om niet te indiceren van BT. Hoewel in één geval de BT wel afgebroken is vanwege een gebrek aan motivatie, was dit in vier gevallen geen reden tot uitval.

Interessant is het niet behandelen van de eetstoornis van een cliënt, gezien dit geen risicofactor is voor delictgedrag. Dit klopt wel met de doelstelling van de JJI, namelijk het behandelen van delictgerelateerd gedrag. Tegenstrijdige resultaten over de inzet van BT bij het cognitieve ontwikkelingsniveau van de cliënt (hoog - gemiddeld - laag) illustreren dat BT geschikt is voor zowel cognitief sterke en LVB cliënten. Dit komt overeen met wat Smeijsters et al. stellen in het Kaderdocument, namelijk dat er "Geen ondergrens voor IQ" wordt gehanteerd bij de indicatie voor BT bij jeugdigen in de JJI (2012).

4.2

Beantwoording deelvraag 2

Welke BT behandeldoelen worden gesteld bij adolescenten in de forensische jeugdzorg?

Behandeldoelen bij beeldende therapie voor adolescenten in de forensische jeugdzorg richten zich op de sociaal-emotionele ontwikkeling, het ontwikkelen van sociale vaardigheden (zoals empathie), positief zelfbeeld en identiteitsontwikkeling, cognitieve ontwikkelingen (waaronder zelfinzicht, mentaliseren en reflecteren), emotie- en spanningsregulatie, gedragsverandering en traumaverwerking.

4.3

Beantwoording deelvraag 3

Hoe ziet de sessie verloop eruit bij BT behandeling?

De BT sessies starten vaak met een kennismaking en observatieperiode. Beeldende therapie vindt plaats buiten de JJI. De thema's die uitgewerkt worden zijn aangepast aan de cliënt. De duur van de therapie wordt ook aangepast aan de cliënt. De therapie kan bijvoorbeeld na zeven weken al worden afgerond maar kan ook jaren doorgaan. Behalve het ontslag van de beeldend therapeut wordt door dossieronderzoek weinig bekend over de reden van uitval. Een enkele keer wordt gebrek aan motivatie genoemd maar hierover heeft de therapeut een andere hypothese, namelijk dat de therapie emotioneel te dichtbij komt. Eén keer werd BT afgebroken omdat het niet goed aansloot. Vaak ontbreekt informatie over de start en duur van de therapie.

4.4

Beantwoording deelvraag 4:

Was de BT behandeling in groepsverband of individueel?

De BT behandeling in de JJI's wordt zowel in groepsverband als individueel gegeven. Echter is dit uit de dossiers niet heel duidelijk naar voren gekomen. Bij 9 dossiers ontbrak in het dossier informatie over of de beeldende therapie individueel of in een groep werd gegeven.

4.5

Beantwoording deelvraag 5

Welke methodiek(en)/theorieën worden gebruikt bij de BT behandeling?

In de BT behandeling wordt voornamelijk met thema's gewerkt. In de BT behandeling wordt in sommige gevallen behandeld volgens de Mentalisation Based Treatment(MBT). Verder wordt psycho-educatie gegeven en wordt het creatief-plan-spel model ingezet. Verder blijkt dat in de BT voornamelijk met drie werkwijzen gewerkt wordt. Namelijk de supportieve, ortho(ped)agogisch) en de re-educatieve werkwijze (Smeijsters, 2014).

4.6

Beantwoording deelvraag 6

Welke interventies worden gedaan binnen de BT behandeling bij adolescenten?

De houding van de therapeut speelt een belangrijke rol. Interventies vinden plaats door; mee te bewegen (in het materiaal), samen te werken met materiaal, spiegelen, bekrachtigen, reflecteren en door zichzelf kwetsbaar op te stellen.

Er worden ook mediumgerichte interventies gedaan. Samen met de cliënt het werkstuk bekijken en het inzetten van afgestemde werkvormen. Deze worden echter nauwelijks toegelicht. Er wordt gewerkt met de vier basisemoties, (lichaams)tekeningen, actuele situaties als voorbeeld nemen en het opdoen van succeservaringen. Ook kleuren toekennen en woorden geven aan het beeld zijn interventies waarmee de beeldend therapeut werkt.

4.7

Beantwoording deelvraag 7

Welke resultaten worden behaald bij de BT behandeling met adolescenten?

Uit de resultaten blijkt dat bij BT in de JJI vooral resultaten behaald worden in de vier kerncategorieën: cognitief, sociaal-emotioneel openstellen, zelfbeeld/zelfvertrouwen en gedragsverandering. Dit in vergelijking trekkende met de resultaten uit het onderzoek van Smeijsters et al. (2012) zien we duidelijk een overeenkomst met de kerngebieden Zelfbeeld en Cognities. Verder benoemen Smeijsters et al. de kerngebieden Emoties en Interactie, waar in dit onderzoek de kerncategorieën sociaal-emotioneel openstellen en gedragsverandering te lijken overlappen. In dit onderzoek ligt de nadruk bij emoties eerder op het uiten ervan en de interactie met de therapeut, terwijl resultaten m.b.t. gedragsverandering zich meer richten op het medium.

Er worden veel positieve resultaten behaald op gebied van zelfbeeld/zelfvertrouwen bij BT in de JJI, zo is te zien in de resultaten (Bijlage 1, werkblad 7). Een resultaat dat meerdere keren terugkomt in de dossiers is het beter aangaan van contact (met de therapeut) en zichzelf beter (in het medium) kunnen uiten. Hieronder valt ook het aangeven van spanningen (in het medium) en het onderzoeken en uiten van emoties. Er moet opgemerkt worden dat de resultaten in de dossiers door de behandelaren beschreven worden. Deze resultaten zeggen voor zover bekend, niets over het perspectief van de cliënt. Uit één dossier bleek dat de cliënt ondanks de eigen wens te willen stoppen met BT vanwege de enorme indruk die de therapeut op hem maakte, toch een sterke band met therapeut en zijn eigen beeldend werk had gekregen. Nadat hij vernam dat de therapeut met ontslag ging, wilde hij nog één keer naar BT komen om zijn schilderij af te maken en afscheid te nemen, waarbij hij meermaals benoemde dat het schilderij een belangrijke betekenis voor hem had. Wat aansluit op de doelen 'therapeutische relatie opbouwen' en 'uiten van persoonlijke thema's in het medium.'

BT sessies hebben ook als resultaat het doen van observaties bij cliënten welke een bijdrage leveren aan diagnostiek

Er worden niet enkel positieve resultaten behaald. Eén cliënt kon na bijna een jaar BT (nog) niet reflecteren op het eigen gedrag. De behandeling blijkt niet effectief en is daarom afgebroken. Een andere cliënt laat na drie jaar nog steeds weinig differentiatie zien in het handelen.

4.8

Beantwoording deelvraag 8

Welke observatie- of meetinstrumenten zijn gebruikt voor, tijdens of na de BT behandeling?

Primair in de behandeling staat het verminderen van (persoonlijkheids)problematiek en gedrag welke tot delictgedrag leidt (risicogedrag). Dit wordt gemeten met diversen meetinstrumenten. Verruit het vaakst wordt de SAVRY ingezet, een instrument voor risicotaxatie welke speciaal ontwikkeld is voor 12-18 jarigen. De SAVRY wordt ook in het Kaderdocument (Smeijsters & Van den Braak, 2009) genoemd waarbij de aansluiting van Vaktherapie op de risicofactoren onderbouwd wordt. Echter wordt in het Kaderdocument benadrukt dat dit instrument ontwikkeld is voor een jongere doelgroep en benoemen zij de RISc als voornaamste risicotaxatie voor 19 t/m 21 jarigen. Echter is deze niet in de onderzochte dossiers voorgekomen. Verder ingezet worden de; TVA, HID, SAPROF, MAYSI2, SDQ, V-

LIG, YSR, UCL en ATMQ. Er kan geen conclusie getrokken worden op basis van de resultaten over wanneer ze worden afgenomen, aangezien deze informatie veelal ontbreekt.

4.9

Beantwoording hoofdvraag

Welke informatie kan door middel van dossieronderzoek verkregen worden over beeldende therapie(BT) voor adolescenten van 18 jaar en ouder binnen de Forensische Jeugdzorg?

Er werden veel data gevonden over indicatiestelling, behandeldoelen en resultaten van BT. Verder wordt er uit de dossiers niet veel duidelijk over het verloop van de BT en de sessie-inhoud, op enkele voorbeelden na zoals; beginnen met het 'Zelf' en het werken met succeservaringen. Veel informatie in de dossiers lijkt te ontbreken over de start en duur van de therapie. Bij uitval wordt niet altijd duidelijk wat hiervan de reden is.

Veel informatie is gevonden over de problematiek van de geïndiceerde cliënten: Een onderontwikkeld of negatieve identiteitsvorming, een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling, gedragsproblemen, inadequate copingvaardigheden, negatieve gevoelens en gedachten, psychotische symptomen, trauma en ontwikkelingsproblematiek.

Over de daadwerkelijke directe aanleiding van indicatie voor beeldende therapie wordt in de dossiers echter niet altijd even duidelijk uitspraak gedaan. De indicaties kunnen daarom beter begrepen worden in relatie tot de doelen die bij BT gesteld worden. Aangezien hierin met name naar voren komt welke problematiek, die eerder bij 'indicatie' genoemd werd, onderwerp is van behandeling bij BT. Uit de resultaten behaald bij deelvraag 2 blijkt dat BT doelen zich richten op alle genoemde categorieën bij indicaties/problematiek.

De resultaten komen grotendeels overeen met de eerder benoemde kerngebieden van Smeijsters et al. (2012). Resultaten worden behaald op cognitief gebied, sociaal-emotioneel gebied, zelfbeeld/zelfvertrouwen en gedragsverandering.

In de dossiers worden weinig contra-indicaties benoemd. Er kunnen dus nauwelijks conclusies getrokken worden over wanneer BT niet ingezet wordt in de behandeling.

Beeldende therapie lijkt vaak geïndiceerd te worden bij adolescenten die behoefte hebben aan individuele aandacht.

Wat methodieken en theorieën betreft worden er in de cliëntdossiers verschillende resultaten gevonden, echter is het niet altijd duidelijk of deze ook voor BT gelden. Voor BT specifiek is gevonden: MBT, Psycho-educatie en het Creatief Plan-Spel Model. Dit sluit echter niet uit dat BT ook gebruik maakt van de algemeen genoemde methodieken/theorieën.

Over interventies wordt in de dossiers met name gesproken over de houding van de therapeut. Aangezien het hier om slechts twee beeldend therapeuten gaat (één van de Hunnerberg, één van Intermetzo) is het de vraag of met deze resultaten een breed genoeg beeld is beschreven. Opvallend is dat mediumgerichte interventies en werkvormen nauwelijks worden benoemd.

Het meest gebruikte meetinstrument is de SAVRY, ook al is deze niet specifiek bedoeld voor 18-24 jarigen. BT specifieke observatie- en meetinstrumenten werden niet gevonden.

Uit de resultaten van het totale onderzoek blijkt dat de cliënten zich meer bewust worden van hun problematiek en zelfinzicht verwerven door beeldende therapie bij de behandeling in te zetten. Dit komt doordat "beeldende therapie door het ervaringsgerichte karakter verbanden legt tussen gedachten, gevoelens, handelingen, wensen en behoeftes" zoals beschreven door één van de therapeuten in een cliëntdossier. Daarnaast wordt tijdens de therapie contact gemaakt met spanningsmomenten door actuele situaties bij de behandeling te betrekken.

5 Discussie

5.1 Relevantie onderzoeksconclusies

5.1.1 Relevantie van de conclusie voor de doelstelling van het onderzoek:

5.1.2 Herhaling doelstelling:

Het inventariseren van informatie uit cliëntdossiers (grijze literatuur) over de indicatiestelling, behandeling, behandeldoelen en resultaten bij beeldende therapie voor adolescenten (18-23 jaar) die vanwege delinquent gedrag behandeld worden in een justitiële jeugdinrichting. Met als doel de kennislacune van grijze literatuur te achterhalen en hiermee een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van de Evidence Gap Map Vaktherapie Forensische Jeugdzorg.

5.1.3 Inventariseren van dossiers

Met dit onderzoek is inzichtelijk gemaakt welke informatie er uit cliëntdossiers te halen valt over beeldende therapie en de gevonden resultaten zijn verwerkt in gemakkelijk te raadplegen tabellen. Dit is gedaan voor de gebieden indicatiestelling, behandeldoelen, behandeling en resultaten, verdeeld over acht deelvragen. Over het gebied behandeling, met name deelvraag 3 en 5, geven de dossiers slechts enkele resultaten wat betreft de inhoud, duur en werkvormen bij de BT behandeling. Dit levert wel aanknopingspunten voor vervolgonderzoek in het kader van de Evidence Gap Map Vaktherapie Jeugd.

Dossieronderzoek houdt automatisch in dat je als onderzoek veel met taal te maken krijgt. De taal die gebruikt wordt in het vastleggen van wat er in de behandeling gebeurt en wat hiermee bedoeld wordt is aan constante vergelijking onderhevig. Dit onderzoek draagt tevens bij aan het inventariseren van de vaktaal binnen de forensische jeugdzorg. Waardoor gerichter bevraagd kan worden bij interviews met beeldend therapeuten en andere behandelaars, maar ook met de jongeren.

5.1.4 Bijdrage Gap Map

Dit brengt ons bij het tweede doel van dit onderzoek, namelijk om met de informatie die gevonden is een bijdrage te leveren aan het tot stand komen van de Evidence Gap Map. Met dit onderzoek is geïnventariseerd welke informatie er allemaal is gevonden, en roept hiermee tevens vragen op (zie paragraaf 5.1.5). Die vragen vormen de bijdrage van dit dossieronderzoek aan de kennislacune.

5.1.5 Wat laat BT mogelijk liggen? Welke vragen roept het onderzoek op?

- Aangezien in veel dossiers informatie ontbreekt over de duur (start – eind) van de therapie en het aantal sessies, is aan te bevelen in interviews met behandelaren na te gaan hoe de sessies binnen BT verlopen.
- Werkvormen zijn nauwelijks beschreven/inzichtelijk gemaakt. Werkingsmechanismen en (medium) gerichte interventies zou in een vervolgonderzoek gerichter bevraagd moeten worden.
- Weinig is gevonden over gebruik van methodieken/theoriën bij BT (op MBT na). Hoewel er in het perspectiefplan wel methodieken benoemd worden die passend zijn voor BT. Zoals Mindfulness, een techniek die in de volwassen forensische zorg bewezen effectief blijkt bij de vermindering van agressie (Eerens, 2014). Dit zou echter nog onderzocht kunnen worden voor jongeren/adolescenten.

- Bij vier dossiers wordt grenzen problematiek benoemd, dit is slechts één keer een BT doel. Ook trauma wordt meerdere malen benoemd maar komt één keer terug in de resultaten. Terwijl BT uitermate geschikt is voor zowel het leren voelen, bepalen, hanteren en aangeven van grenzen. En het verwerken van verlieservaringen (GGZ Standaarden, 2017).
- Mediumdoelen worden niet of nauwelijks genoemd. Worden deze wel gesteld en zo ja welke?
- In negen dossiers ontbreekt informatie over of beeldende therapie individueel of in groepsverband wordt gegeven. In drie gevallen, de dossiers van JJI Intermetzo lijkt het erop dat de therapie individueel was, aangezien daar in de dossiers telkens bij interventies duidelijk wordt aangegeven wanneer het om een groepstherapie gaat. Bij een individuele therapie wordt dit niet expliciet gemeld. Het lijkt aannemelijk dat wanneer er niet expliciet 'groeps' bij de interventie staat, het om een individuele interventie gaat. Tevens is één van deze cliënten op de ITA (Individueel Traject Afdeling) geplaatst. Echter zou dit nader onderzocht moeten worden om hier helemaal zeker van te zijn.
- Uit de dossiers blijkt ook dat veel cliënten baat hebben bij individuele therapie. Een interessante vervolgvraag is hier waarom dit wordt gedacht en waaruit dit blijkt? Zeker aangezien een onderzoek naar muziektherapie in de forensische jeugdzorg (Rio & Tenney, 2002) uitwijst dat groepstherapie bij deze doelgroep als minder bedreigend wordt ervaren dan individuele therapie.
- In het kwaliteitskader forensische zorg (2020) worden de SAVRY en de SAPROF genoemd, wat aansluit bij de resultaten van deelvraag 8. Echter wordt de START:AV – Short Term Assessment of Risk and Treatability Adolescenten Versie, geen enkele keer in de dossiers gevonden. Ook de RISC (Smeijsters & Van den Braak, 2009) komt niet in de dossiers voor. Dit roept de vraag op waarom deze twee meetinstrumenten, die in theorie beter passen bij de leeftijd 18 t/m 23 jaar dan de SAVRY, (nog) niet bij deze doelgroep ingezet worden?
- Moet iemand eerst stabiliseren voordat BT opgestart kan worden? Wat zijn de criteria? Waarom wordt BT niet eerder ingezet (behandelstrategieën)? Hoe gaat dit in zijn werk? Is het mogelijk om BT in andere fases van de behandeling in te zetten?
- Vaak wordt de term 'motivatie' gebruikt in de dossiers. Hoe wordt dit beoordeeld? Ter voorbeeld: in een dossier werd een cliënt aangemerkt als 'niet gemotiveerd voor creatieve therapie.' Echter word in de rest van het dossier duidelijk dat de cliënt onbereikbaar is, nauwelijks praat, somber en onzeker is en een cannabisafhankelijkheid heeft. Hoe zit het met de nuance voor 'behandelmotivatatie'? En wanneer wordt iemand als 'niet gemotiveerd' gezien?
- Hoe wordt er gecommuniceerd tussen beeldend therapeuten en andere behandelaars? Uit een aantal dossiers blijkt het ontslag van de beeldend therapeut. In enkele gevallen wordt daarom PMT ingezet. Hoe gaat dit in zijn werk? Worden dezelfde doelen meegenomen of is heeft de PMT een geheel andere insteek? Met andere woorden: Hoe denkt de forensische jeugdzorg over de algemene en mediums specifieke bijdrage aan de behandeling?
- Wat maakt dat BT geschikter is voor LVB t.o.v. andere interventies?
- Wat houdt het Creatief Plan-Spel model in?

5.1.6 Relevantie van de conclusie voor de praktijk (JJJ)

Dit onderzoek is interessant voor de beleidsmakers van de Justitiële Jeugdinrichtingen omdat het inzichtelijk maakt op welke gebieden beeldende therapie een bijdrage aan de behandeling kan leveren. Voor beleidsmakers is het belangrijk om te zorgen dat aan de doelen van de organisatie wordt voldaan. Dit onderzoek maakt inzichtelijk welke bijdrage BT levert aan de vermindering van het recidiverisico van adolescenten van 18 t/m 23 jaar.

Sinds de invoering van het adolescentenstrafrecht in 2014 staan de Justitiële Inrichtingen voor een nieuwe uitdaging: het bieden van een toereikende behandeling aan een 'nieuwe doelgroep.' Daarom is in opdracht van voormalig JJI Het Poortje in 2014 het zorgaanbod voor 18- tot 23-jarigen onderzocht en gepubliceerd vanuit Rijksuniversiteit Groningen door L. Boendemaker, G.M. Gerrits, A. Visser, A.T. Harder en M.E. Kalverboer (2014). Dit grootschalige onderzoek had als doel het beter te kunnen inspelen op de zorgvraag na invoering van het adolescentenstrafrecht. In dit onderzoek wordt uitgebreid verslag gedaan van de beschikbare behandelingen en interventies binnen de JJI. De helft van de ondervraagde respondenten zegt creatieve therapie (in dit onderzoek bedoeld als beeldende therapie) als interventie in de JJI te krijgen. Echter gaat het onderzoek vervolgens niet in op de BT en blijft het slechts bij het benoemen hiervan. Met dit dossieronderzoek wordt dit hiaat aangevuld.

5.1.7 YOUTURN

YOUTURN is de basismethodiek in de Justitiële Jeugdinrichtingen. Hoewel de daaraan verbonden ontwikkelingsprofielen in de dossiers terug te vinden zijn, wordt hier bij BT niet naar verwezen. Wanneer de ontwikkelingsprofielen echter vergeleken worden met de gestelde doelen binnen BT lijkt dit bij tenminste twee profielen met elkaar in verband te staan, namelijk bij; 'omgaan met spanningen en conflicten' en 'zelfbeeld'. In de dossiers wordt echter geen verband gezien tussen BT doelen en de ontwikkelingsprofielen die gericht zijn op resocialisatie en middelengebruik. Het blijft dus onduidelijk of er in de BT ook gewerkt wordt met de andere ontwikkelingsprofielen.

Wat uit de conclusie van dit onderzoek echter wel blijkt is dat BT volgens de resultaten breder inzetbaar is bij de fases van YOUTURN. Waar het nu vooral in fase 3 wordt ingezet: de fase van Persoonlijke ontwikkeling en individuele behandeling, welke ingaat wanneer een jeugdige naar de langverblijf groep wordt overgeplaatst (Boendemaker, Gerrits, Visser, Harder & Kalverboer, 2014).

Al in de beginfase bij observatie en diagnostiek kan BT waarde toevoegen, zo blijkt nu uit dit dossieronderzoek. Met name wanneer het lastig is zicht te krijgen op de cliënt. In dergelijk geval kan BT eerder worden ingezet dan gebruikelijk is om de cliënt "beter te leren kennen zodat beter aangesloten kan worden bij wat hij nodig heeft en zijn behandeltraject." Maar ook bij resocialisatie (fase 4) blijkt BT inzetbaar. Uit de resultaten bij deelvraag 6 over interventies blijkt dat binnen BT actuele situaties worden ingezet om te oefenen met wat er buiten de JJI "fout" gaat. De overgang van 'binnen' naar 'buiten' blijft groot, met name omdat adolescenten in de JJI vaak een vol dagprogramma hebben en buiten ineens veel meer vrijheden (Boendemaker et al, 2014, p.148). Het aan blijven bieden van BT in fase 4 bij adolescenten die moeite hebben met die overgang zou een waardevolle toevoeging aan de behandeling zijn. Er kan dan gereflecteerd worden op risicovolle situaties die de adolescent buiten de JJI meemaakt.

5.1.8 Meerwaarde van behandeling van adolescenten met BT tegenover behandeling zonder BT

Het thema zelfbeeld/zelfvertrouwen blijkt uit de dossiers veel vaker voor te komen als resultaat bij beeldende therapie dan bij de algemene resultaten en resultaten van andere therapieën. Namelijk acht tegenover drie keer, waarbij de drie niet uit te sluiten is of dit resultaat (mede) door BT behaald is. BT lijkt dus op het vlak zelfbeeld/zelfvertrouwen veel toe te voegen aan de behandeling. Uit de resultaten van deelvraag 3 halen we dat beeldend therapeuten de behandeling 'beginnen met het 'zelf''. Het zelfbeeld verbeteren is een belangrijk aspect van recidivevermindering. Adolescenten met een laag zelfbeeld zijn eerder geneigd tot het plegen van delicten. Nog meer wanneer zij bekend zijn met middelenmisbruik (Van Meervenne, 2012). In negen van de twaalf onderzochte dossiers komt middelenmisbruik voor. Jeugddelinquenten benoemen zelf ook dat 'self-confidence' een van de meest werkzame elementen van de BT is (Persons, 2008).

Daarbij valt op dat de behandeling van adolescenten in de JJI veelal pragmatisch en cognitief van aard lijkt. Algemene interventies gaan heel veel over praten; mentorgesprekken, praten door gesloten deur, ondersteunende gesprekken, het eigen handelen ondertitelen enzovoorts (zie Bijlage 1 Codeboom, werkblad 6). Terwijl uit deelvraag 1 blijkt dat vier cliënten “niet kunnen praten” en vijf cliënten “problemen in de sociale omgang” hebben. Volgens Smeijsters (2010, p.13) heeft een “verbale en cognitieve benadering in veel gevallen een non-verbale en niet-cognitieve aanvulling”. Iets waar beeldende therapie met haar ervaringgerichte werkwijze veel aan toe te voegen heeft.

De algehele strekking is dat bij bepaalde gebieden binnen de forensische jeugdzorg kansen liggen voor het inzetten van beeldende therapie die nu onbenut blijven.

Zo wordt beeldende therapie (nog) slechts bij twee JJI's, de Hunnerberg en Intermetzo ingezet. Terwijl de indicaties, doelen en resultaten, die uit dit onderzoek naar voren komen, de inzetbaarheid bij de andere JJI's ook aantoont. Bijvoorbeeld de LVB-VIC afdeling van RJI Den Hey-Acker.

5.1.9 Relevantie van de conclusie voor het vakgebied :

Met dit onderzoek is voor de eerste keer een kwalitatieve inventarisatie gemaakt vanuit de dossiers van adolescenten (18-23) in de forensische jeugdzorg. Deze dossierstudie voegt daarmee een geheel nieuwe perspectief toe aan de theoretische kennis binnen het vakgebied van beeldende therapie in de forensische jeugdzorg. Vanuit het vakgebied en de wetenschap wordt door meerdere bronnen de nood voor onderzoek aangedragen (Kõiv & Kaudne, 2015; Cohen-Yatziv & Regev, 2019; Borgesius & Visser, 2015).

Eerder onderzoek van K. Kõiv en L. Kaudne (2015) toont aan dat het inzetten van Vaktherapie kan leiden tot vermindering van emotionele- en gedragsproblemen bij vrouwelijke jeugddelinquenten tot 18 jaar. De studie richt zich echter niet specifiek op beeldende therapie, maar combineert de verschillende disciplines van beeldend, drama, muziek en danstherapie. Wat deze dossierstudie toevoegt aan de bestaande theoretische kennis is dat ook bij 18+ jarigen door middel van beeldende therapie zonder andere vaktherapieën aan te bieden dit kan resulteren in vermindering van emotionele dan wel gedragsproblemen. En daarnaast ook de thema's zelfbeeld en cognitie. Daarbij beperkt dit onderzoek zich niet tot geslacht. Waardoor gezegd kan worden dat deze bevindingen zowel voor vrouwelijke als mannelijke cliënten gelden.

5.2 Evaluatie onderzoeksuitvoering

5.2.1 De dataverzameling

Veel tijd is gestoken in de betrouwbaarheid van dit onderzoek door alle stappen binnen de dataverzameling en analyse nauwkeurig te noteren, bewaren en zo navolgbaar mogelijk te presenteren. Reproducieren van dit onderzoek zal daarom tot soortgelijke resultaten leiden. Ook het gebruik van een vooropgezet kader (de deelvragen) draagt hieraan bij.

De onderzoeker is afhankelijk van een contactpersoon binnen de JJI's voor overhandiging van de cliëntdossiers en heeft hierdoor geen zicht op de totale populatie binnen de JJI's. De verschillende methodes van dataverzameling zijn uitgebreid overwogen waarbij vele mogelijkheden zijn onderzocht en externe partijen zijn geraadpleegd. Hieruit bleek de gekozen manier het beste alternatief waarbij de ethische standaarden gewaarborgd zijn.

Bij het interpreteren van de resultaten dient ermee rekening gehouden dat alle data verkregen is uit perspectiefplannen: dossiers geschreven door behandelaren. Hierdoor wordt automatisch slechts vanuit één kant belicht, namelijk vanuit het oogpunt van de deskundige, vaak de hoofdbehandelaar, en niet in alle gevallen de beeldend therapeut. Het zou daarom interessant kunnen zijn om juist vanuit een ander perspectief hetzelfde fenomeen te onderzoeken en hierbij gebruik te maken van andere

dataverzamelmethode (Baarda, 2018). Dit zou echter afwijken van de onderzoeksopdracht. Maar is voor vervolgonderzoek zeker van meerwaarde (*zie Aanbevelingen*).

Alle beschikbare dossiers van alle JJI's in Nederland zijn bij dit onderzoek betrokken. Beeldende therapie blijkt dus maar in weinig gevallen ingezet te worden bij adolescenten in de forensische jeugdzorg. Wat maakt dat dit onderzoek erg specifiek is. Dit onderzoek is echter wel representatief voor de totale groep adolescenten in de leeftijd 18 t/m 23 die in de afgelopen 2 jaar BT hebben gevolgd in een JJI. Omdat het hier slechts om een beperkt aantal dossiers gaat kunnen de resultaten echter niet veralgemeeniseerd worden.

De waarde van het kiezen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering ligt hier in het zeer nauwkeurig bestuderen van het aantal dossiers waarbij diep op de informatie kon worden ingegaan. Voor een bepaald verschijnsel worden vaak verschillende woorden gebruikt. Hiervoor heeft het coderen met 'inter-codeurbetrouwbaarheid' (Boeije & Blijenbergh, 2019) bijgedragen aan het vormen van een consensus over taalgebruik.

5.2.2 De data-analyse

Discussiepunt voor triangulatie: Voor de validiteit van het onderzoek is (bron)triangulatie tussen de verschillende cliëntdossiers toegepast. Echter komt hierbij naar voren dat niet alle dossiers dezelfde soort informatie bevatten. Zo bevat niet ieder dossier een beeldend therapie verslag. Aan de ene kant wordt hiermee het datamateriaal vermeerderd. Maar aan de andere kant versmalt hiermee ook het spectrum van vergelijkbare, en dus bruikbare cliëntaantallen. Carter et al. (2014, p.546) spreken hierover met de woorden: "The assumption that more data are always better overshadows concerns about what to do with both types of data". En ook H. Boeije en I. Blijenbergh (2019, p.161) hebben kritiek op de triangulatie. Zij waarschuwen voor de illusie van een eenduidige complexe werkelijkheid. Terwijl bij kwalitatief onderzoek juist gehandeld wordt van het oogpunt van het interpretatief paradigma, waarbij de veelzijdigheid van verschillende interpretaties als waardevol wordt gezien. Bij de uitvoering van dit onderzoek moet rekening gehouden worden met de kans op teveel praktijkbevestiging. Aangezien er een zeer specifieke groep cliënten is onderzocht zijn juist de uiteenlopende verschillen waardevol voor kwalitatieve onderzoeksdoeleinden.

In de dossiers is het soms niet geheel duidelijk wanneer een doel als algemeen behandeldoel geldt of wanneer het voor een specifieke therapie geldt. Dit is een bedreiging voor de validiteit van het onderzoek. Daarom is er onderscheid gemaakt tussen behandeldoelen waarbij specifiek beschreven stond dat dit bij BT werd behandeld en de overige doelen. Hiermee kan niet uitgesloten worden dat er meer BT doelen zijn dan nu in dit onderzoek als resultaat zijn meegenomen. Omdat er in de dossiers geen bewijs voor wordt gegeven zijn ze echter niet in de BT doelen lijst opgenomen. Het is dus mogelijk dat er toch aan meerdere doelen wordt gewerkt maar deze niet in het dossier naar voren komen als dusdanig. Een alternatief was geweest om de algemene doelen mee te nemen in de BT doelen lijst, vanuit de hypothese dat algemeen geldende behandeldoelen 'algemeen geldend zijn' en daarmee ook voor BT. Hiervoor is niet gekozen omdat in dit onderzoek zekerheid (betrouwbaarheid) boven kwantiteit staat. De voorkeur is gegeven aan de kans op het ontbreken van relevante informatie over het meenemen van onjuiste informatie.

6 Aanbevelingen

6.1 KORTE TERMIJN

Met dit dossieronderzoek is een inventarisatie gemaakt van verschillende aspecten van de BT behandeling. De resultaten en de conclusie van dit dossieronderzoek roepen daarnaast vragen op welke niet door bestudering van de BT dossiers alleen te beantwoorden zijn. Om tot uitgebreidere beeldvorming te komen van beeldende therapie bij adolescenten in de forensische jeugdzorg is vervolgonderzoek aan te bevelen.

Zo worden er weinig contra-indicaties benoemd. Er kunnen dus nauwelijks conclusies getrokken worden over wanneer BT niet ingezet wordt in de behandeling. Voor het achterhalen van de kennislacune zou het mooi zijn om ook te weten wanneer BT niet wordt ingezet, maar er bijvoorbeeld wordt gekozen voor een andere vaktherapie. Of helemaal geen vaktherapie. Daarom is het aan te bevelen om dossiers te raadplegen van cliënten waarbij gekozen is om geen BT in te zetten.

Aanbevolen wordt ook om bij vervolgonderzoek andere dataverzamelmethode toe te passen. Hierbij wordt gedacht aan interviews met cliënten of personen in het steunsysteem van de cliënt om een alternatieve visie op het onderwerp te belichten, naast die van de professional. Ook een interview met de beeldend therapeuten zal hoogstwaarschijnlijk waardevolle informatie opleveren wanneer de vragen die met dit onderzoek gegenereerd zijn gesteld worden. Voor de onderzoeker is het lastig gebleken om bepaalde informatie uit de dossiers te beoordelen op relevantie voor de onderzoeksvragen. Hierbij gaat het over informatie die buiten de BT plaatsvinden, maar mogelijk toch invloed hebben op, of een resultaat zijn van de BT. Zoals waarneembaar (positief) aangepast gedrag op de groep. Door interviews uit te voeren met behandelaren zou dit bevraagd kunnen worden. Voor suggesties voor de interviewvragen wordt verwezen naar punten die bij paragraaf 5.1.5 genoemd worden.

Behalve interviews is het aanbevolen observaties uit te voeren bij BT sessies. Uit de resultaten blijkt dat interventies die in de sessies worden gedaan weinig worden beschreven in de dossiers. Hierbij zou een (of meerdere) observator(en) met (voldoende) kennis van het vak ingezet moeten worden om ook de interventies in het medium goed te kunnen omschrijven.

Daarnaast zou het zou mooi zijn de resultaten van de drie parallel lopende dossierstudies, van dramatherapie, psychomotorische therapie en beeldende therapie voor 12-18 jarigen, met de resultaten van dit onderzoek te vergelijken. Hiermee zou mogelijk inzichtelijk kunnen worden gemaakt wat de verschillen en overeenkomsten zijn in behandeling met een verschillende vorm van vaktherapie. Bij welke problematiek wordt welke vorm van vaktherapie ingezet? En worden er verschillende resultaten geboekt?

6.2 LANGE TERMIJN

Dit onderzoek heeft inzichtelijk gemaakt wat de indicatiegebieden en behandeldoelen zijn. Ook is de effectiviteit van beeldende therapie onderzocht door de resultaten die behaald worden te inventariseren. Wat onderbelicht blijft zijn methodieken en mediumgerichte interventies, welke slechts summier beschreven zijn.

Het methodisch handelen en de therapeutische interventies bij beeldende therapie in de forensische jeugdzorg moet beter inzichtelijk gemaakt worden, wil het vakgebied zich blijven profileren.

Hiervoor is wellicht een 'andere taal' nodig die de beeldende interventie overstijgt.

Transdiagnostische factoren richten zich op problemen die de cliënt ervaart, en minder op de diagnose. Dit sluit goed aan bij behandeling in de forensische jeugdzorg. Omdat cliënten daar terecht komen vanwege delictgedrag en niet - in de eerste plaats - vanwege hun diagnose. Uit de resultaten blijkt, wat ook door de literatuur gesteund wordt (Smeijsters et al, 2009) dat in een JJI cliënten met verschillende diagnoses en probleemgebieden behandeld worden. Maar allen met hetzelfde uiteindelijke doel: recidivevermindering. Zij hebben voornamelijk het delictgedrag met elkaar gemeen.

Met deze citaten van K. van den Bos en D. Meijnckens wordt duidelijk waarom transdiagnostische factoren mogelijk een brug kunnen slaan tussen de 'niet talige' taal van beeldend therapeuten enerzijds en hulpverleners en zorgverzekeraars anderzijds: "Vaktherapeuten zijn eigenlijk al gewend om in transdiagnostische termen over hun vak te praten en in de uitoefening van hun vak transdiagnostisch te handelen." "Het denken in termen van transdiagnostische factoren nodigt uit om vaktherapie-overstijgend te redeneren." "Dit maakt de werkwijzen van vaktherapeuten, voor de buitenwereld, inzichtelijker. En dat is belangrijk voor cliënten en naasten, hulpverleners van andere disciplines, zorgverzekeraars en niet te vergeten vaktherapeuten onderling" (2017).

7 Bijlagen

Bijlagen uitgesloten in deze versie.

8 Literatuurlijst

- Angenent, H., & De Man, A. (1996). *Background Factors of Juvenile Delinquency*. New York: Peter Lang.
- Atkinson, P., & Coffey, A. (2004). Analysing documentary realities as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 56 – 75.
- Baarda, B. (2014). *Research. This is it! Guideline how to design, perform and evaluate quantitative and qualitative research*. Groningen/Houten: Noordhoff.
- Baarda, B., Bakker, E., Boullart, A., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velden, T. (2018). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (4^e druk). Groningen: Noordhoff.
- Boeije, H., & Bleijenbergh, I. (2019). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Boendermaker, L., Gerrits, G. M., Visser, A., Harder, A. T., & Kalverboer, M. E. (2014). *Zorgaanbod voor 18- tot 23-jarigen in de justitiële jeugdinrichtingen* (Rapport). Groningen: Stichting Kinderstudies.
- Borgesius, E., & Visser, E.C.M. (2015). *Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ* (Rapport). Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Nevile, A.J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545-547.
- Coenegracht, J. (2017). Een coöperatie? Waarom? Wat gaat die doen, dan? *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 13(3), 18-21.
- Cohen-Yatziv, L., & Regev, D. (2019). The effectiveness and contribution of art therapy work with children in 2018 – what progress has been made so far? A systematic review. *International Journal of Art Therapy*, 24(3), 100-112.
- Dokter D., Van Hooren, S., Van der Maas, L., & Schrijnen-van Gastel, A. (2015). Onderzoek binnen masteropleidingen: Hoe masterstudenten vaktherapie een onderzoekende attitude ontwikkelen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2011(4), 5-12.
- Feldman, R.S. (2013). *Ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Pearson Education.
- JJI Lelystad. (z.d.B) Bouwen aan perspectief. (brochurenummer 3451-JJI1017C006). Lelystad: Auteur.
- Köiv, K., & Kaudne, L. (2015). Impact of Integrated Arts Therapy: An Intervention Program for Young Female Offenders in Correctional Institution. *Psychology*, 6(1), 1-9.
- Loeber, R., Slot, N.W., & Sergeant, J.A. (2001). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2020). *Infosheet Jeugdinrichtingen*. (brochure juli 2020). Den Haag: Auteur.

Persons, R.W. (2008). Art therapy with serious juvenile offenders: a phenomenological analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53(4), 433 – 453.

Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Coutinho.

Rio, R.E., & Tenney, K.S. (2002). Music Therapy for Juvenile Offenders in Residential Treatment. *Music Therapy Perspectives*, 20(2), 89-97.

Sawyer, S.M., Azzopardi, P.S., Wickremarathne, D., & Patton, G., (2018). The age of adolescence. *Viewpoint*, 2(3), 223-228.

Smeijsters, H., & Van den Braak, J. (2009). *Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdzorg : Kaderdocument voor alle vaktherapieën*. Heerlen: Melos.

Smeijsters, H. (2010). Praktijkonderzoek naar interventie. Vaktherapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6(1), 9-17.

Smeijsters, H. (Red.), Welten, J., Kil, J., Kurstjens, H., Willemars, G., & Dijkema, P. (2012). *Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. Resultaten van praktijkgericht onderzoek*. Heerlen: KenVaK Publisher.

Smeijsters, H. (2014). *Handboek Creatieve Therapie* (derde herziende druk). Bussum: Coetinho.

Van den Bos, K & Meijnckens, D. (2017). Transdiagnostische factoren. Naar een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 13(4), 6-13.

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (3^e herziene druk). Bussum: Coutinho.

Verhoef, J., Kuiper, C., Neijenhuis, K., Dekker-van Doorn C., & Rosendal, H. (2015). *Praktijkgericht onderzoek*. Amsterdam: Boom/Lemma.

Willemars, G., & Helmich, M. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies. Beeldende therapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6(2), 11-15.

Internetbronnen

Benneker, R., & Rentenaar, I. (2017). Strategische Onderzoeksagenda voor de Vaktherapeutische Beroepen (Onderzoeksagenda). Geraadpleegd op 02 juli 2020, van <https://fvb.vaktherapie.nl/strategische-onderzoeksagenda>

Dekker, J.J.H. (2012) *Resultaten van deelonderzoek 1 van de commissie-Samson: Historische schets van de institutionele ontwikkeling van de jeugdsector vanuit het perspectief van het kind en de aan hem/haar verleende zorg*. Geraadpleegd op 15 augustus 2020, van <https://www.rug.nl/staff/j.j.h.dekker/deelonderzoek-1-jeugdzorg-tekst.pdf>

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2014). *Tenuitvoerlegging van een straf of maatregel in een Justitiële Jeugdinrichting*. Geraadpleegd op 9 augustus 2020, van

https://wegwijzerjeugdenveiligheid.nl/fileadmin/user_upload/Bestanden/Onderwerpen/Adolescentenstrafrecht/informatieblad-JJIs.pdf

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2019, maart). *Straffen en maatregelen*. Geraadpleegd op 23 december 2019 van <https://www.dji.nl/justitiabelen/jongeren-in-detentie/straffen-en-maatregelen/index.aspx>

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2019, december). *Jongeren in detentie*. Geraadpleegd op 19 december 2019 van <https://www.dji.nl/justitiabelen/jongeren-in-detentie/index.aspx>

Dienst Justitiële Inrichtingen. (z.d.). Kwaliteitskader forensische zorg. Geraadpleegd op 12 mei 2020, van <https://www.forensischezorg.nl/beleid/kwaliteit-forensische-zorg>

Eerens, M. (2014). *“Je kunt golven niet tegenhouden, maar je kunt wel leren surfen” : een literatuurstudie naar de meerwaarde van mindfulness bij de behandeling van cliënten met agressief gedrag binnen de forensische psychiatrie*. (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Geraadpleegd op 13 augustus 2020, van https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_windesheim:oai:surfsharekit.nl:5fce1e35-45e3-4a43-a225-0aa1670e5903?q=Forensische+psychiatrie+mindfulness&has-link=yes

GGZ Standaarden. (2017). *Generieke Module Vaktherapie*. Geraadpleegd op 12 augustus 2020, van https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_09bb2b4f-ccd5-4d5b-944a-a1ac151ac544_vaktherapie__authorized-at_30-11-2017.pdf

JJI Lelystad. (z.d.A). Vaktherapie. Geraadpleegd op 9 augustus 2020, van <https://www.jjilelystad.nl/behandeling/interventies/vaktherapie>

KenVak. (z.d.) *Over Kenvak*. Geraadpleegd op 12 mei 2020, van <https://kenvak.nl/over-kenvak/> & <https://kenvak.nl/onderzoek/map-forensische-vt/>

Kwaliteit Forensische Zorg. (z.d.) *Evidence gap map vaktherapie: de ontwikkeling van een evidence gap map voor vaktherapie in de forensische GGZ (Call 2019-103)*. Geraadpleegd op 12 mei 2020, van <https://kfz.nl/projecten/evidence-gap-map-vaktherapie-de-ontwikkeling-van-een-evicende-gap-map-voor-vaktherapie-in-de-forensische-ggz-call-2019-103>

Polman, P.I. (2015, 29 oktober). Rapport 'Vaktherapie en dagbesteding in de geneeskundige GGZ' [Kamerbrief]. Geraadpleegd van <https://fvb.vaktherapie.nl/nieuws/840/Vaktherapie-valt-voorlopig-onder-verzekerde-geneeskundige-ggz>

Van Meervenne, A. (2012). Zelfbeeld, psychopathologie en delinquentie bij minderjarige druggebruikers in residentiële behandeling (masterproefschrift). Geraadpleegd op 11 augustus 2020, van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/893/753/RUG01-001893753_2012_0001_AC.pdf

Weijters, G., Verweij, S., Tollenaar, N., & Hill, J. (2019). *Recidive onder justitiabelen in Nederland*. Geraadpleegd op 14 augustus 2020, van <http://wodc.nl>

Zorginstituut Nederland. (z.d). *Beoordeling van nieuwe zorg*. Geraadpleegd op 12 mei 2020 van <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/werkwijzen-en-procedures/adviseren-over-en-verduidelijken-van-het-basispakket-aan-zorg/beoordeling-van-nieuwe-zorg>

Zorgverzekeringswet. (2005, 28 juni). Geraadpleegd op 19 mei 2020, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/>