

Doen wat werkt bij jeugdcriminaliteit: van interventie naar indicatie

Position paper Youz t.b.v. pitchsessie vaste commissie voor Justitie en Veiligheid 1 oktober 2026

Magic bullet?

Jeugdcriminaliteit laat zich niet onderbrengen bij één sector, financieringsstroom of interventie. Delinquent gedrag ontstaat vrijwel altijd in een samenspel van factoren: de jongere zelf, het gezin, leeftijdgenoten, school, middelengebruik, de buurt en de bredere maatschappelijke context. De oplossing ligt dan ook zelden bij één partij of interventie.

Kuiper e.a. waarschuwen in hun onderzoek 'Een explosief probleem' voor 'interventionitis': vanuit maatschappelijke urgentie snelle ontwikkeling van fenomeengerichte interventies, terwijl onderliggende problematiek en de samenhang tussen initiatieven onvoldoende aandacht krijgen. Zij constateren fragmentatie tussen organisaties en benadrukken dat er geen magic bullet bestaat.

De vraag is daarom niet zozeer welke interventie werkt, maar welke interventie of combinatie van interventies past bij welke jongere, bij welke mechanismen die het delictgedrag in stand houden en bij wie dit het beste kan bieden.

Twee modellen bieden houvast om dat te bepalen.

RNR en het Good Lives Model

Het Risk-Need-Responsivity-model (RNR) van Andrews en Bonta biedt geen behandelinhoud, maar geeft inzicht in wie, waarop en hoe behandeld moet worden. Het risico-principe stelt dat de intensiteit van de interventie moet aansluiten bij het recidiverisico: overbehandeling van laagrisico-jongeren is contraproductief. Het behoefte-principe richt zich op interventies op veranderbare, criminogene factoren (antisociale cognities, delinquente vrienden, middelengebruik, gezinsproblemen, schooluitval, gebrekkige zelfregulatie). Het responsiviteits-principe vraagt dat de behandeling aansluit bij de mogelijkheden, motivatie en leerstijl van de jongere.

Het Good Lives Model (GLM) voegt hieraan toe wat een jongere nodig heeft om een betekenisvol, prosociaal leven op te bouwen: niet alleen wat moet verdwijnen, ook wat ervoor in de plaats komt. Onderzoek van Serie e.a. laat zien dat verminderd subjectief welzijn samenhangt met delinquent gedrag, waarbij verbondenheid met familie en vrienden, psychische gezondheid, schoolfunctioneren en toekomstperspectief relevante domeinen zijn.

Onderzoek onder gedetineerde adolescenten bevestigt dat GLM RNR niet vervangt, maar aanvult: risico's verminderen en perspectief opbouwen.

MDFT de werkzame elementen

Multidimensional Family Therapy (MDFT) is een intensieve, ambulante gezinstherapie voor jongeren met delictgedrag en/of middelengebruik, en een goed voorbeeld van hoe RNR en GLM in de praktijk samenkomen. MDFT richt zich niet alleen naar de jongere zelf, maar grijpt tegelijk op drie plekken aan: bij het gedrag van de jongere, bij het gezin en bij wat daarbuiten gebeurt: school, werk, vrienden, vrije tijd.

Want een jongere verandert niet alleen; dat lukt pas als zijn hele omgeving meebeweegt, en pas dan ontstaat er ook echt perspectief.

De werkzaamheid zit in de combinatie van de volgende elementen:

- Samenhang behandelen in plaats van één symptoom: middelengebruik, gedragsproblemen, gezinsproblematiek en schooluitval versterken elkaar vaak en worden daarom in samenhang aangepakt.
- De jongere en het systeem: individuele gesprekken, oudergesprekken en gezinssessies wisselen elkaar af; ouders zijn actief onderdeel van de verandering, niet alleen informant.
- Therapeutische alliantie en meervoudige partijdigheid: de therapeut bouwt met jongere én ouders een werkrelatie op zonder partij te kiezen; behandelmotivatie wordt actief opgebouwd, niet als voorwaarde vooraf verondersteld.
- Concrete vaardigheden trainen: herkennen van risicosituaties, coping, emotieregulatie en probleemoplossing bij de jongere; grenzen stellen en communiceren bij ouders (responsivity in de praktijk).
- Risico's verminderen én bescherming versterken: afstand tot delinquente vrienden, maar ook herstel van aansluiting bij school, werk en prosociale vrijetijdsbesteding: niet alleen risico's wegnemen (RNR), ook perspectief opbouwen (GLM).
- Casemanagement als behandelonderdeel: de MDFT-therapeut fungeert als 'spin in het web' rond het gezin.
- Methodisch werken en kwaliteitsbewaking: teamgericht werken, systematische monitoring en casusanalyse hangen aantoonbaar samen met een groter behandeleffect.

Effectonderzoek laat zien dat MDFT een bewezen sterke keuze is voor de juiste doelgroep. Een meta-analyse voegde de resultaten van 19 losse gerandomiseerde onderzoeken samen (1.488 jongeren) en vergeleek MDFT daarin niet met 'geen behandeling', maar met andere behandelingen die zelf ook al bewezen werkzaam zijn. MDFT kwam daar gemiddeld als beste uit op delinquentie, middelengebruik en zowel naar binnen als naar buiten gericht probleemgedrag, met de duidelijkste meerwaarde juist bij zware, meervoudige problematiek: zwaar middelengebruik in combinatie met ernstige gedragsproblemen. Voor deze doelgroep is MDFT dus aantoonbaar een van de sterkste beschikbare interventies, geen oplossing voor iedere jongere met delictgedrag, maar wel een bewezen goede keuze voor de groep waarvoor zij is ontwikkeld.

Bij welke jongeren is dit profiel van problematiek aan de orde, en hoe zorgen we dat zij deze interventie ook daadwerkelijk krijgen?

De rol van de specialistische GGZ

Youz biedt MDFT aan vanuit de specialistische GGZ, en dat is geen toeval. MDFT werkt met het hele systeem rond een jongere, maar bij een deel van de jongeren speelt er ook iets in hun eigen functioneren mee dat het traject kan belemmeren. Juist dan maakt de SGGZ-omgeving het verschil: kennis over psychisch functioneren en behandelcapaciteit zijn er niet ver weg of pas te regelen als het misgaat, maar direct beschikbaar binnen hetzelfde traject.

De vraag die daarbij leidend is is: welke betekenis heeft het psychisch functioneren van deze jongere gehad voor zijn delictgedrag, voor het risico op herhaling, en voor wat hij nodig heeft om van MDFT te kunnen profiteren? Bij de ene jongere speelt impulsiviteit een rol in snel en onvoldoende doordacht handelen; bij

een ander zijn emotieregulatieproblemen, middelengebruik of trauma relevant; bij autisme kan rigiditeit, informatieverwerking of overprikkeling van belang zijn; bij psychose kan gedrag rechtstreeks door de belevingswereld zijn beïnvloed. Steeds geldt: de diagnose zelf verklaart het delict niet, het gaat om wat zij voor déze jongere betekent, binnen zijn traject.

Vanuit die vraag maakt de SGGZ dat MDFT bij deze jongeren goed kan werken, op drie manieren:

- Verklaren: een scherpere analyse van hoe kwetsbaarheden, psychische problematiek en delictgedrag bij déze jongere samenhangen, feitelijk de bepaling van de criminogene behoefte (het Need-principe uit RNR), nodig om MDFT vanaf de start goed te richten.
- Behandelen: soms omdat problematiek rechtstreeks bijdraagt aan het delict, maar minstens zo vaak omdat een jongere die problematiek eerst de baas moet worden om van MDFT te kunnen profiteren, feitelijk responsiviteit: ernstige angst, psychose, neurobiologische kenmerken, autisme of trauma bepalen soms hoe het MDFT-traject moet worden ingericht, ook zonder dat zij de primaire criminogene factor zijn.
- Verbinden: SGGZ behandeling en het MDFT-traject lopen binnen dezelfde organisatie, zodat ze geïntegreerd blijven met wat er tegelijk in het gezin en op school gebeurt, dezelfde integraliteit die MDFT zelf kenmerkt.

Advies

Dit pleit voor een aanpak waarin indicatiestelling deze samenhang volgt.

- Stuur op indicatie zodanig dat RNR-risico-inschatting en een brede, systemische analyse (RNR + GLM) vooraf bepalen welke (combinatie van) interventies wordt ingezet.
- Investeer in integrale, multidimensionale aanpakken zoals MDFT voor jongeren met meervoudige problematiek (delictgedrag, middelengebruik, gezins- en schoolproblemen tegelijk), juist omdat casemanagement en samenwerking hier zelf werkzame elementen zijn, dit is bij uitstek relevant voor jongeren met complexe problematiek.
- Zorg dat SGGZ standaard wordt overwogen bij vermoeden dat psychisch functioneren (impulsiviteit, emotieregulatie, autisme, psychose, trauma) van invloed is op delictgedrag, recidiverisico of behandelbaarheid.

Doen wat werkt betekent jongeren niet alleen afremmen, maar hen weer perspectief geven op een leven waarin dit gedrag niet meer nodig is. Dat is precies waar Youz voor staat: MDFT, verankerd in specialistische GGZ-kennis, waarin risico, behoefte, perspectief en psychisch functioneren in samenhang worden gezien, niet los van elkaar.