



TOT HIER EN NU VERDER

Zorgprogramma

GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

TRANSFORE



Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	6
Hoofdstuk 1 Doelstelling en doelgroep	8
1.1 Doelstelling	8
1.2 Doelgroep	9
Hoofdstuk 2 Missie en Visie	10
2.1 Missie en visie	10
2.2 Visie op geweld	11
Hoofdstuk 3 Theoretische uitgangspunten	11
3.1 Biopsychosociaal model	11
3.2 Terugvalpreventie model	11
3.3 What works-principes	12
3.4 Good Lives Model	13
3.5 Beschermende factoren	14
3.6 Herstel- en rehabilitatiemodel	15
3.7 Psychologische modellen	15
3.8 Samenvatting	16
Hoofdstuk 4 Andere uitgangspunten	17
4.1 Organisatie en regelgeving	17
4.2 Shared Decision Making	17
4.3 Ervaringsdeskundigheid	18
4.4 Naastbetrokkenen	19
4.5 Ketensamenwerking	20
4.5 ROM: Monitoring en Measurement	21
Hoofdstuk 5 Veiligheid	22
5.1 Veiligheid in de toekomst	22
5.2 Veiligheid in het heden	22
5.3 Gebouw en inrichting	23
5.4 De medewerker	23
5.5 De patiënt	23
5.6 Sociale context	24
Hoofdstuk 6 Geweld nader omschreven	24
6.1 Vormen van geweld	25
6.2 Verklaringen voor geweld	25
Biologische/neurologische	25
Psychologische	26
Sociologische	27

Iedereen kan zich agressief gedragen	27
Afsluitend	27
Hoofdstuk 7 De doelgroep nader omschreven	28
7.1 Vanuit de DSM-5	28
7.1.1 Lichte Verstandelijke Beperking	29
7.1.2 Persoonlijkheidsproblematiek	30
7.2 Vanuit het gedrag	30
7.2.1 Familiaal geweld	31
7.3 Specifieke subdoelgroepen	31
7.3.1 Sekse	32
7.3.2 Culturele achtergrond	33
7.3.3 Overig subdoelgroepen	34
Hoofdstuk 8 Toelatingscriteria	35
Hoofdstuk 9 Behandelorganisatie	36
9.1 Voortraject en aanmelding	36
De verwijzing	36
Aanmeldprocedure	37
9.2 Intake, risicotaxatie, delictanalyse	37
De hulpvraag	37
Risicotaxatie	38
Tabel 9.1 Items van de FARE	38
Delictanalyse en delicttheorie	39
MDO-intake:	39
Advisering:	39
9.3 Aanvullend onderzoek	40
Psychologische testdiagnostiek	40
Heteroanamnese	40
Systentaxatie	40
Psychiatrische diagnostiek	40
Medisch-somatisch onderzoek	40
Vaktherapeutisch onderzoek	41
Onderzoek naar culturele achtergrond	41
Diagnostiek van verslaving	41
9.4 Behandeling	41
Verskil in effectiviteit	41
Delictgerichte en stoornisgerichte behandeling	42
9.5 Afsluiting en nabehandeling	43
Afsluiting	43
Nabehandeling	44

Hoofdstuk 10	Behandelaanbod	44
10.1	Vaktherapie	44
10.2	Psychologische behandelingen	45
10.3	Systeembehandeling	45
10.4	Psychiatrische behandeling	46
10.5	Delictketen en preventieplan	46
10.6	Aanbod LVB	47
10.7	Persoonlijkheidsproblematiek	47
10.7.1	Dialectische gedragstherapie	48
10.7.2	Schematherapie	48
10.7.3	ARopMaat	49
10.8	Aanbod familiaal geweld	49
10.9	Forensische (F)ACT	59
10.10	E-health	50
10.11	Ten slotte	51
Hoofdstuk 11	Bijzondere aandachtspunten	51
11.1	Behandelklimaat en therapeutische relatie	52
	Fysieke omgeving	52
	Sfeer; therapeutisch relatie	52
11.2	De forensisch behandelaar	53
11.3	Responsiviteit	54
11.4	Ethiek	54
11.5	Toekomstige ontwikkelingen	55
Hoofdstuk 12	Samenvatting en conclusies	56
12.1	Samenvatting	57
12.2	Conclusie	
	Bijlage 1: Casus Pieter	58
	Samenvatting aanmeldgegevens	58
	Samenvatting gegevens intakegesprek	58
	Eerste behandelplan	61
	Bijlage 2: Stroomschema patiënt journey	64
	Literatuurlijst	65

Voorwoord

Voor u ligt de tweede druk van 'Tot hier en nu verder', een zorgprogramma van De Tender, polikliniek van Stichting Transfore dat deel uitmaakt van de Dimence Groep. De eerste druk stamt uit 2010.

Het forensisch ambulante denken en (be)handelen heeft sindsdien een verdere ontwikkeling doorgemaakt, wat voor ons ook reden was om ons behandelaanbod te verbeteren. We vinden het nu tijd om de actuele stand van zaken te ordenen en vast te leggen, en de verbeteringen die we aangebracht hebben te beschrijven. Met deze tweede druk is dat gedaan.

Dit zorgprogramma is bedoeld voor patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag. De titel 'Tot hier en nu verder' spreekt uit dat er een grens is bereikt of overschreden, dat er weliswaar een halt is toegeroepen maar dat het geen optie is het daarbij te laten. Patiënt en samenleving moeten met elkaar verder zonder dat dit gedrag zich herhaalt; de veiligheid dient te zijn gewaarborgd. Onder andere forensische poliklinieken hebben hierin een taak. Dit zorgprogramma beoogt deze taak mede uit te voeren.

In het bredere forensisch ambulante veld is de behoefte uitgesproken aan handreikingen en inhoudelijke kaders voor de organisatie en de inhoud van het zorgaanbod. Recent is daarom, onder auspiciën van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), het 'Basis Zorgprogramma voor de Forensisch Ambulante Zorg' ontwikkeld (EFP, 2018); Transfore had hierin een voortrekkersrol. Dat programma ligt ten grondslag aan deze tweede druk van 'Tot hier en nu verder'.

Ook deze tweede druk zal een beperkte houdbaarheid hebben. Er vindt voortdurend onderzoek plaats naar de effectiviteit en efficiëntie van behandelingen, wet- en regelgeving wijzigen frequent en maatschappelijke ontwikkelingen leiden tot andere (definities van) problematiek. Dergelijke zaken kunnen snelle aanpassingen wenselijk en nodig maken. Daarom is er ook een digitale versie van dit programma beschikbaar; deze wordt een keer per jaar geactualiseerd en de wijzigingen worden dan beschreven onder 'versiebeheer'.

We beogen met dit zorgprogramma onze patiënten een goede behandeling te bieden. Ook willen we meer indirect betrokkenen, zoals verwijzers, familieleden, ketenpartners en financiers in de kijker geven in wát we doen, en waaróm we dat doen.

We danken alle medewerkers van Transfore die een bijdrage aan dit programma hebben geleverd.

Joop Verschuur,
Inge Korfage,

Auteurs en redacteurs

Inleiding

De Tender is een forensisch psychiatrische poli- en dagkliniek met inmiddels zes locaties. Ze is onderdeel van Stichting Transfore die op haar beurt deel uitmaakt van de Dimence Groep. Stichting Transfore is een instelling voor Forensische GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) waar patiënten bij wie sprake is van (dreigend) delictgedrag en/of grensoverschrijdend gedrag klinisch of poliklinisch worden behandeld. Stichting Transfore bestaat naast de zes locaties van De Tender uit een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPA), een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) en Forence, een klinische voorziening waaronder ook afdelingen voor Forensisch Beschermd Wonen (FBW) vallen. De kerntaak van Stichting Transfore is het bijdragen aan een veiligere samenleving. Het middel dat ze hiertoe beschikbaar heeft is 'forensische behandeling'.

Deze behandeling is gericht op:

- het voorkomen van delicten;
- het terugdringen van risico's voor de maatschappij;
- een veilige deelname van de patiënten aan de samenleving en
- het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt, waarbij we ervan uitgaan dat deze zaken met elkaar samenhangen.

De Tender biedt binnen Stichting Transfore ambulante behandeling aan patiënten die grensoverschrijdend, voor anderen gevaarlijk of schadelijk gedrag (kunnen) vertonen in de vorm van seksueel gedrag, gewelddadig gedrag of een combinatie daarvan. Middels twee zorgprogramma's krijgt deze behandeling concreet vorm.

Dit zorgprogramma 'Tot hier en nu verder' is gericht op voorkoming van (verder) gewelddadig grensoverschrijdend gedrag. Het is tot stand gekomen vanuit de vraag naar

meer duidelijkheid over het behandelaanbod, de behandelorganisatie en de hierbij gehanteerde uitgangspunten. Deze vraag komt niet alleen van externe partners; ze leeft ook op De Tender zelf.

Voor preventie van (verder) seksueel grensoverschrijdend gedrag is het zorgprogramma 'Een kwestie van goede zeden' ontwikkeld die inmiddels de derde, herziene druk kent (De Tender 2019).

Uitgaand van de meest actuele wetenschappelijke en praktische kennis, van de wet- en regelgeving en rekening houdend met de beschikbare middelen, beoogt dit zorgprogramma het meest geëigende behandelaanbod en de meest passende organisatie ervan te beschrijven voor patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag. Het voornaamste doel is het duurzaam terugdringen van het recidiverisico tot een acceptabel niveau, in acceptabele vorm en onder voldoende controle.

De variatie aan gedrag dat als 'gewelddadig' wordt gekenmerkt en de variatie aan patiënten is erg groot. Dat betekent dat er in dit zorgprogramma ook varianten, keuzemogelijkheden en alternatieven beschreven worden. Maar niet elke variant kan aan de orde komen. We schatten in dat we met dit programma rond de 90% van onze behandelingen en werkwijze beschreven hebben.

We kozen ervoor om met de structuur van dit zorgprogramma aan te sluiten bij het Model Kwaliteitsstatuut GGZ, in het verdere met 'Model Kwaliteitsstatuut' aangeduid, dat per 1 januari 2017 als veldnorm is gesteld voor de geneeskundige GGZ. Dit kwaliteitsstatuut stelt randvoorwaarden aan de organisatie en uitvoering van de te leveren zorg. Het geeft aan wat zorgaanbieders geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording van zorg.

Volgens het Model Kwaliteitsstatuut doorloopt een patiënt in zijn behandelingsproces vijf

¹ Locaties van De Tender (in alfabetische volgorde): Almelo, Apeldoorn, Deventer, Doetinchem, Enschede, Zwolle.

² Zie: <https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/model-kwaliteitsstatuut-GGZ/RegisterKwaliteitsstandaardenDocumenten/Model%20Kwaliteitsstatuut%20GGZ.pdf>

fasen, namelijk: 1) voortraject bij verwijzer, 2) aanmelding/intake, 3) diagnostiek, 4) behandeling en 5) afsluiting en nazorg. Daarbij dient de patiënt en de weg die deze aflegt: 'the patiënt journey', centraal te staan. Deze fasering hebben we aangehouden en op basis van het 'Kwaliteitsstatuut van de stichtingen van de Dimence Groep' (versie 25 januari 2018) meer concreet gemaakt.

Na deze inleiding worden in hoofdstuk 1 kort de 'doelstelling en doelgroep' van dit zorgprogramma beschreven om vervolgens in hoofdstuk 2 stil te staan bij de 'missie en visie' als vertrekpunt en legitimatie voor ons bestaan. In hoofdstuk 3 formuleren we enkele 'theoretische uitgangspunten' en in hoofdstuk 4 enkele 'andere uitgangspunten', die meer praktisch van aard zijn. Er wordt een afzonderlijk hoofdstuk gewijd aan 'veiligheid' (hoofdstuk 5) gezien het belang hiervan bij het forensisch behandelen. In hoofdstuk 6 wordt 'geweld nader omschreven' en verklaard, en in hoofdstuk 7 wordt 'de doelgroep nader omschreven' en worden enkele 'subdoelgroepen' genoemd. Na deze achtergrondgedachten en informatie beschrijven we in hoofdstuk 8 de 'toelatingscriteria' en in hoofdstuk 9 de behandelorganisatie aan de hand van de vijf fasen uit het Model Kwaliteitsstatuut. In hoofdstuk 10 besteden we aandacht aan enkele belangrijke onderdelen van ons 'behandelaanbod'. Hoofdstuk 11 is een hoofdstuk met 'bijzondere aandachtspunten' zoals behandelklimaat, te verwachten ontwikkelingen en enkele ethische zaken die beschouwing en keuzes vragen. In hoofdstuk 12 volgen 'samenvatting' en conclusies'. En als slot presenteren we in een bijlage 'casus Pieter' als voorbeeld van hoe hetgeen hier beschreven is in een individueel geval kan worden uitgewerkt.

Het in het voorwoord genoemde 'Basis Zorgprogramma voor de Forensisch Ambulante Zorg' (EFP, 2018), in het verdere 'basiszorgprogramma' genoemd, vormt de belangrijke bron voor ons schrijven. Veel van de inhoud daarvan komt hier geparafraseerd

of in letterlijke teksten terug. Omwille van de leesbaarheid zullen we deze bron niet elke keer noemen.

In dit schrijven gebruiken we voor 'grensoverschrijdend gedrag' soms ook de term 'delictgedrag', ook als er in juridische zin (nog) geen sprake is van een delict. In het verlengde ervan hebben we het ook over 'delictketen', 'delictpreventie' en dergelijke. We volgen daarmee de dagelijkse praktijk en dat komt de leesbaarheid ten goede.

We gebruiken de mannelijke vorm; dit in het besef dat qua inhoud een vrouwelijke vorm vaak de voorkeur heeft; ook dit doen we omwille van de leesbaarheid.

Ten slotte, met 'we' wordt De Tender bedoeld en soms Stichting Transfore; dat blijkt uit de tekst.

Nadere informatie over poli- en dagklinik De Tender vindt u op onze website www.transfore.nl

Wilt u na lezing contact hebben met De Tender? Dit kan door een e-mail te sturen naar info@transfore.nl

HOOFDSTUK 1

DOELSTELLING EN DOELGROEP

Allereerst besteden we kort aandacht aan de doelstelling van De Tender als forensische polikliniek en aan haar doelgroep. In de volgende hoofdstukken wordt hier meer uitgebreid op in gegaan.

1.1 DOELSTELLING

Een zorgprogramma is idealiter een sluitend en verantwoord behandelaanbod dat binnen een bepaalde regio beschikbaar is voor een omschreven doelgroep. Andere definities zijn: "Een zorgprogramma is een samenhangend en gebundeld behandelaanbod, volgens vastgestelde afspraken, over de behandeling aan een vastgestelde groep patiënten met dezelfde aandoening (diagnose)" (Regieraad kwaliteit van Zorg, 2012).

Vertaald naar het forensische veld: "Een zorgprogramma is een optimaal en samenhangend zorgaanbod voor forensisch psychiatrische patiënten dat dient als (be) handelkader voor organisaties, professionals en patiënten". Het programma "biedt handvatten bij dilemma's en beslissingsprocessen in de behandeling van de diverse groepen forensisch psychiatrische patiënten en draagt bij aan het verkrijgen van inzicht in de relatie tussen psychiatrische stoornis en delictgedrag. Ook biedt het aanwijzingen bij het maken van een gedegen inschatting van het risico op nieuw delictgedrag" (EFP, 2015, p.5).

Een zorgprogramma betreft in het algemeen geen veldnorm en vormt vaak ook geen richtlijn. Het biedt zoals gezegd handvatten aan organisaties, professionals en patiënten bij dilemma's en beslismomenten in het behandelproces en bij de uitvoering van de behandeling; dit op basis van heldere motieven.

In dit zorgprogramma 'Tot hier en nu verder' zijn we echter verder gegaan dan enkel het aanreiken van handvatten. We hebben op basis ervan ook keuzes gemaakt ten aanzien van de inhoud en de organisatie van ons aanbod.

Bij onze behandeling is het eerste (niet in tijd, maar in doelstelling) vertrekpunt dat we duurzame veranderingen in het gedrag van de patiënt ten aanzien van de risicofactoren willen bewerkstelligen. Met duurzaam bedoelen we dat de patiënt zelfstandig, zonder professionele hulp verder kan (cure). Als dit niet (voldoende) mogelijk blijkt, streven we naar zelfcontrole van de patiënt (self control). Dat wil zeggen: er is nog verdere hulp of ondersteuning nodig, maar de patiënt is zelf in staat gebruik te maken van het beschikbare gereedschap of de aangereikte hulp. Wanneer ook de zelfcontrole ontoereikend blijkt wordt gestreefd naar controle op nog relevante risicofactoren door de instelling en/of derden, zoals andere instanties en familie (control). Bij dit alles is er steeds aandacht voor de kwaliteit van leven. We menen dat de veiligheid op de langere termijn beter gewaarborgd is met duurzame veranderingen dan met afhankelijkheid van externe controlemaatregelen die bovendien geld kosten.

Bij de intake wordt daarom al een eerste inschatting gemaakt van wat er aan einddoelen mogelijk is, en we evalueren regelmatig op de haalbaarheid ervan.

Patiënten verwerven met dit programma kennis van en inzicht in de factoren die een rol spelen bij hun grensoverschrijdend gedrag. Dit kunnen persoonlijke factoren zijn, maar ook factoren die te maken hebben met hun omgeving. In het verlengde hiervan krijgen ze zo nodig adviezen en handvatten aangereikt om toekomstig grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. Vanuit de visie van Transfore / De Tender dat eigen verantwoordelijkheid, eigen regie en emotioneel welbevinden in hoge mate preventief werken, worden patiënten binnen hun mogelijkheden zelf verantwoordelijk

⁴ "Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers." Regieraad kwaliteit van Zorg; Den Haag, 2012. Een richtlijn impliceert een norm, waarvan alleen goed gemotiveerd kan worden afgeweken.

gemaakt voor hun gedrag en welzijn.

Over Transfore

Transfore is de dé instelling voor forensische GGZ in Oost-Nederland. Transfore maakt als stichting onderdeel uit van de Dimence Groep en telt circa 200 medewerkers. Transfore behandelt patiënten in Oost-Nederland die (dreigend) delictgedrag en/of grensoverschrijdend gedrag vertonen. Samen met de patiënten werkt Transfore aan hun psychische en psychiatrische problematiek en kwaliteit van leven. Stichting Transfore bestaat uit de poli- en dagklinieken van De Tender, een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPA), een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) en Forence, een klinische voorziening waaronder ook afdelingen voor Forensisch Beschermd Wonen (FBW) vallen.

De kerntaak van Stichting Transfore is het bijdragen aan een veiligere samenleving. Het middel dat ze hiertoe beschikbaar heeft is 'forensische behandeling'.

Deze behandeling is gericht op:

- het voorkomen van delicten;
- het terugdringen van risico's voor de maatschappij;
- een veilige deelname van de patiënten aan de samenleving en
- het verbeteren van de kwaliteit van leven van de patiënt, waarbij we ervan uitgaan dat deze zaken met elkaar samenhangen.

De Tender biedt binnen Stichting Transfore ambulante behandeling aan patiënten die grensoverschrijdend, voor anderen gevaarlijk of schadelijk gedrag (kunnen) vertonen in de vorm van seksueel gedrag, gewelddadig gedrag of een combinatie daarvan. Middels twee zorgprogramma's krijgt deze behandeling concreet vorm.

1.2 DOELGROEP

De doelgroep van Transfore / De Tender wordt gevormd door mannen en vrouwen

vanaf achttien jaar met psychiatrische en/of psychische problematiek, ernstige psychosociale problemen of gedragsproblemen, die mede hierdoor in aanraking zijn gekomen met Justitie of voor wie contact met Justitie dreigt. Binnen Transfore / De Tender worden globaal twee 'sub-doelgroepen' onderscheiden, op basis van het gebied waar het grensoverschrijdende gedrag zich afspeelt:

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Zij hebben soms ernstige delicten gepleegd (verkrachting of ontucht). Soms zijn hun delicten minder ernstig, maar bestaan ze uit een reeks die maar niet te stoppen lijkt (herhaaldelijk downloaden van kinderporno of exhibitioneren). Voor deze groep is het zorgprogramma 'Een kwestie van goede zeden' opgesteld.

Gewelddadig grensoverschrijdend gedrag

Zij hebben soms ernstige delicten gepleegd (ernstige mishandeling, poging tot doodslag, incest). Soms zijn hun delicten minder ernstig, maar bestaan ze uit een reeks die maar niet te stoppen lijkt (herhaaldelijke agressie of inbraken; veelplegersproblematiek). Voor hen is het zorgprogramma 'Tot hier en nu verder' ontwikkeld.

Op de patiënten die in de FPK, de FPA, Forence of FBW verblijven, is het klinische zorgprogramma van Transfore van toepassing, waarvan De Tender het laatste deel uitvoert. Behandelaren van De Tender verzorgen dan onderdelen van de twee bovengenoemde zorgprogramma's. Daarnaast bedient De Tender (voormalige) klinische patiënten die in een resocialisatietraject zitten, zoals tbs-gestelden in proefverlofphase. Als ook patiënten die in een Penitentiaire Inrichting (PI) verblijven. (Behandeling in Detentie (BID)). Dat kunnen patiënten zijn in afwachting van de afhandeling van hun rechtszaak, maar ook patiënten die reeds zijn veroordeeld. De belangrijkste opdracht voor De Tender hier is het voorkomen van (verdere) detentieschade

en het behandelen van (overige) aan de orde zijnde psychische problematiek. Delictpreventie is niet het primaire doel van BID, maar de behandeling heeft vaak wel een preventief effect, bijvoorbeeld vanwege opgedane inzichten. Belangrijk is ook dat er via deze BID een eerste contact gelegd is tussen de patiënt en de behandelaar van De Tender. We zetten Forensisch FACT (For-Fact) in om een soepele overgang van de detentiesituatie naar de maatschappij en/of naar een (vervolg) behandeling mogelijk te maken; (Zie meer hierover in het hoofdstuk Forensische Flexible Assertive Community Treatment).

Ongeveer de helft (de aantallen variëren rond de 50%) van de patiënten heeft geen justitiële titel, en de andere helft wel, vaak aangeduid met de woorden 'vrijwillig' respectievelijk 'verplicht'. We maken wat betreft intake-traject en behandelaanbod geen onderscheid tussen deze twee groepen. De ervaring is dat de problematiek bij deze twee groepen niet wezenlijk van elkaar verschilt. Wel is bij 'vrijwilligen' wat vaker dan bij de 'verplichten' een actuele situatie de directe aanleiding voor de aanmelding, en dan verwachten zowel de patiënt als de verwijzer vaak een snelle start. Bij de 'verplichten' zit er soms een kort justitieel traject tussen delict en aanmelding. De hulpvraag van beide groepen kenmerkt zich in het algemeen niet door intrinsieke motivatie of doorleefd besef van wat er bij hen zelf moet veranderen. Vaker is het zo dat men last van de gevolgen van het eigen handelen, of dat de directe omgeving aangeeft hinder van hen te hebben en erop aandringt dat er nu echt iets moet gebeuren.

De zorgprogramma's zijn in beginsel niet geschikt voor patiënten met een actueel hoog risico van geweld, met ernstige vormen van psychosen, organische psychosyndromen, verslavingsproblematiek, verstandelijke beperkingen en/of bij wie elke maatschappelijke inbedding ontbreekt (zoals huisvesting, dagelijkse verzorging; 'bed-bad-brood'). Een poliklinisch patiënt moet dus

nog over enige zelfstandigheid en zelfsturing beschikken. Een polikliniek is onvoldoende toegerust om mensen bij wie dit niet het geval is (goed) te kunnen helpen. In hoofdstuk 8 komen deze 'toelatingscriteria' meer uitgebreid aan de orde.

HOOFDSTUK 2

MISSIE EN VISIE

In dit hoofdstuk beschrijven we een van de belangrijkste uitgangspunten van dit zorgprogramma, de missie en de visie. Andere uitgangspunten komen verderop aan bod, onder meer in hoofdstuk 3 en 4. Een missie en een visie zijn leidend voor de keuzes die een (behandel)instelling maakt.

2.1 MISSIE EN VISIE

In het eerdergenoemde 'basiszorgprogramma' wordt een 'missie en visie' voor het hele forensisch ambulante veld beschreven, die ook door een groot deel van dat veld wordt onderschreven, mede vanuit de wens tot meer uniformiteit. In dit zorgprogramma werken we vanuit deze 'missie en visie'; ze luidt:

“Missie: Het forensisch ambulante veld beoogt de maatschappij veiliger te maken middels ambulante behandeling⁵ van mensen met (dreigend) grensoverschrijdend gedrag.

Visie: Behandeling heeft behalve de maatschappelijke veiligheid ook als focus het psychisch welbevinden en het sociaal-maatschappelijk functioneren van de individuele patiënt. Een mens die gezond is, geestelijk welbevinden kent en in sociaal-maatschappelijk opzicht een hem tevredenstellende plek heeft, zal geen grensoverschrijdend gedrag vertonen. Een forensisch behandelaar heeft daarom verantwoordelijkheid voor meer dan het doen stoppen van actueel (dreigend) grensoverschrijdend gedrag.” (EFP, 2018). Stichting Transfore heeft als missie en

⁵Behandeling' wordt hier breed opgevat, namelijk ook ondersteuning, begeleiding, nazorg en dergelijke omvattend.

visie beschreven dat ze de veiligheid in de maatschappij wil vergroten door goede behandeling en begeleiding van de patiënten. Deze behandeling vindt plaats binnen de (forensische) zorgketen op basis van geïndividualiseerde behandelplannen en behandeltrajecten, zonder schotten in de uitvoering. Hierbinnen past het inhoudelijk en organisatorisch stroomlijnen van de ambulante en klinische trajecten van patiënten. Deze trajecten worden samen met de andere stichtingen binnen de Dimence Groep en met externe partners vormgegeven (zie ook hoofdstuk 4). Transfore wil hierbij een brugfunctie vervullen tussen de forensische GGZ en de reguliere GGZ; daarvoor is het Forensisch Circuit Oost-Nederland opgericht (FCON).

De 'missie en visie' van Transfore verhoudt zich goed met die van het 'basiszorgprogramma'. Ook de Dimence Groep heeft een 'missie' beschreven⁶. Wat Transfore en De Tender daaraan toevoegen is het willen voorkomen van verder grensoverschrijdend gedrag.

2.2 VISIE OP GEWELD

We zijn van mening dat emoties als boosheid, pijn, afgunst, liefde, verlangen naar seksualiteit, geborgenheid, verbinding, autonomie en dergelijke een wezenlijk onderdeel zijn van het mens-zijn, dat deze emoties ook nodig zijn om het leven vorm te geven en dat een passende tegemoetkoming eraan het welzijn bevordert. Er kan alleen sprake zijn van een passende tegemoetkoming als dit niet leidt tot impulsieve of doelbewuste agressie, resulterend in het overschrijden van grenzen van anderen.

Deze visie is terug te vinden in het behandel aanbod van De Tender. Er is gerichtheid op preventie, met als belangrijk middel gerichtheid op welbevinden en een passende invulling van op zich normale en legitieme behoeften.

HOOFDSTUK 3

THEORETISCHE UITGANGSPUNTEN

Bij het opstellen van dit zorgprogramma zijn we behalve van de 'missie en visie' ook uitgegaan van een aantal theoretische modellen. Het zijn dezelfde modellen die in het 'basiszorgprogramma' staan beschreven. Hieronder komen ze aan bod.

3.1 BIOPSYCHOSOCIAAL MODEL

Uitgangspunt van het biopsychosociaal model (Dodge & Pettit, 2003; Engel, 1977) is dat gedrag, dus ook grensoverschrijdend gedrag, de uitkomst is van het samenspel tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Daarmee impliceert dit model dat deze problematiek multidisciplinair beschouwd en benaderd moet worden.

Het biopsychosociale model wordt breed omarmd. Maar de discussie over de vraag welke factor de grootste rol speelt en hoe deze factoren met elkaar interageren, is nog volop gaande. Het biedt daarom wat weinig concrete handvatten voor behandelinhoud en -organisatie. Maar de noodzaak van een multidisciplinaire aanpak delen we en is in ons programma terug te zien.

3.2 TERUGVALPREVENTIE MODEL

Het terugvalpreventiemodel vormt een belangrijk uitgangspunt voor forensische behandeling (Pithers e.a., 1983; Larimer e.a., 1993). Dit model is gebaseerd op leertheoretische uitgangspunten. Het komt oorspronkelijk uit de verslavingszorg en is ontwikkeld om de hardnekkige gedragspatronen te doorbreken die zich in dat werkveld vaak voordoen. Dit model heeft veel invloed gehad - en heeft dat nog - op het forensische werkveld. Binnen dit model

⁶De missie van de Dimence Groep luidt: 'We richten ons op het bevorderen van de geestelijke gezondheid. Daarvoor helpen we cliënten, patiënten, medewerkers en andere relaties zich te ontwikkelen en het beste uit zichzelf te halen'.

past het om een delictketen op te stellen, waarmee zichtbaar wordt welke gevoelens, denkpatronen en situaties bij een patiënt hebben geleid tot het grensoverschrijdende gedrag en dus risicofactoren vormen. Een daarop gebaseerd terugvalpreventieplan omvat vervolgens interventies, acties en aangrijpingspunten die de patiënt en/of diens omgeving helpen om risico's tijdig te onderkennen en effectief aan te pakken. Het werken met een delictketen en terugvalpreventieplan heeft brede navolging gekregen, vooral in de toepassing bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zie onder andere Van Beek (1999), Mulder & Van Beek (2002), Bullens & Van Beek (2004).

3.3 WHAT WORKS-PRINCIPES

Meerdere onderzoeken naar de effectiviteit van forensische behandelingen tonen aan dat gerichte aandacht voor drie belangrijke principes in grote mate deze effectiviteit bepaalt. Deze principes worden daarom de what works-principes genoemd. Het zijn het risicoprincipe, het behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe. Naar de beginletters van de Engelse benaming, respectievelijk risk, need en responsivity, wordt ook gesproken van het 'RNR-model' (Andrews & Bonta, 2010a, 2010b; De Ruiter & Van Veen, 2005). Ze zijn als volgt te omschrijven:

- **Risicoprincipe (Risk):** De intensiteit van de behandeling moet worden afgestemd op het recidiverisico. Bij een gering risico kan een behandeling van geringe intensiteit en duur volstaan, terwijl patiënten met een hoog risico een intensievere en langer durende aanpak nodig hebben.
- **Behoefteprincipe (Need):** Dit stelt aan de orde wat het doel van de behandeling moet zijn, wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive, ('need'). Dit doel dient te zijn het bewerken van de veranderbare risicofactoren, ook 'dynamische factoren' genoemd.
- **Responsiviteitsprincipe (Responsivity):** De vorm van de behandeling is essentieel voor de effectiviteit ervan: de behandeling moet

worden geboden in een vorm die aansluit bij de leerstijl dan wel de (on)mogelijkheden van de forensische patiënt. Hierbij valt te denken aan iemands cognitieve mogelijkheden, emotionele stijl, maar ook aan culturele achtergrond, motivatie en de mate waarin iemand klaar is voor behandeling.

Naast deze drie worden er vaak nog drie andere principes geformuleerd die belangrijk worden geacht:

- **Behandelintegriteit principe (treatment integrity):** Wanneer is vastgesteld wat er werkt, is het vervolgens van belang te bewaken dat de behandeling wordt gegeven op de manier waarop ze is bedoeld.
- **Professionaliteitsprincipe:** Het professioneel handelen moet voldoen aan de wet- en regelgeving. In Nederland betreft dat onder meer de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).
- **Eigen-contextprincipe:** De behandeling dient zoveel mogelijk in de natuurlijke omgeving van de patiënt plaats te vinden; de behandeling dient zo min mogelijk inbreuk te maken op het leven van de patiënt. Het bewijs voor de effectiviteit van deze drie principes is er (nog) niet.

Andrews en Bonta (2010a) onderscheiden acht belangrijke risicofactoren: 1) geschiedenis van antisociaal gedrag, 2) antisociaal persoonlijkheidspatroon, 3) antisociale cognities, 4) antisociaal netwerk, 5) gebrekkige kwaliteit van partner- en/of gezinsrelatie, 6) weinig betrokkenheid bij school of werk, 7) geen zinvolle vrijetijdsbesteding en 8) middelenmisbruik. Met uitzondering van de 'geschiedenis van antisociaal gedrag' zijn dit dynamische factoren.

Een forensische behandeling op basis van dit RNR-model dient zich te richten op de dynamische factoren.

Veel van de bovenstaande theorie is gebaseerd op onderzoek binnen en ervaringen met

een klinische setting. Recent onderzoek liet echter zien dat deze risicofactoren ook in de ambulante praktijk te zien zijn (Van Horn e.a., 2016a). Ook daar kan men zich dus op deze dynamische factoren richten. In hoofdstuk 9 komen we hierop terug.

Forensisch behandelen volgens deze what works-principes is inmiddels de state-of-the-art. De meeste instellingen geven aan dat ze hiermee werken (Keulen-de Vos, 2018). Toch zijn hierbij wel enkele kanttekeningen te plaatsen die naar onze mening een strikte toepassing ervan niet goed mogelijk of niet echt nodig maken:

1. In sommige gevallen zal een laag risico worden gemeten, maar dat betreft wel het risico op een ernstig delict. Dit is bijvoorbeeld het geval bij homicide binnen de familie door een dader met blanco strafblad. Gezien deze ernst kan men toch voor een hoge behandelintensiteit kiezen.
2. Andersom kan er een gemeten hoog risico zijn op 'kleine criminaliteit', zoals bij recidiverende winkeldiefstallen van goederen met een geringe waarde. Dan zal een klinische behandeling meestal geen meerwaarde hebben.
3. Het risicoprincipe kan op gespannen voet staan met het responsiviteitsprincipe, bijvoorbeeld wanneer het eerstgenoemde principe hoge intensiteit rechtvaardigt, maar de patiënt deze hoge intensiteit niet aan kan.
4. Het behandelintegriteitprincipe kan botsen met het responsiviteitsprincipe wanneer men omwille van de responsiviteit moet afwijken van de behandelmethode zoals deze is bedoeld. Het is overigens de vraag of dat erg is; flexibele behandelaren zouden succesvoller zijn dan minder flexibele (Van Oenen).
5. Het professionaliteitsprincipe kan onder druk komen te staan wanneer de geheimhouding die gevraagd wordt vanuit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de daaruit afgeleide beroepscode, belemmerend werkt bij het proactief managen van actueel

risico.

6. Het professionaliteitsprincipe heeft geen steun gevonden in het onderzoek naar het effect ervan op recidivepreventie.
7. De hantering van het eigen-contextprincipe vraagt om een zorgvuldige afweging van de vraag of de eigen context een risicofactor vormt of een 'beschermende factor'; zie volgende paragraaf.

Een (ander) punt van kritiek op het RNR-model is dat deze te veel gericht zou zijn op het bijtijds vermijden van risico's en daarmee vooral op wat de patiënt niet moet doen. Het model zou te weinig aandacht hebben voor wat de patiënt wel moet doen om delictvrij te leven. Binnen het Good Lives Model dat in de volgende paragraaf aan de orde komt is deze aandacht er wel.

Werken vanuit de RNR-principes is, zoals gezegd, de state-of-the-art. Ook bij De Tender zijn deze principes onlosmakelijk verweven in het behandelaanbod.

Waarschijnlijk hebben de hier aangesneden kwesties mede geleid tot de grote verschillen die er zijn tussen de forensische poliklinieken in inhoud van en vormgeving aan hun behandelaanbod (Keulen-de Vos e.a., 2018).

3.4 GOOD LIVES MODEL

Het Good Lives Model (GLM) wordt gezien als een aanvulling op het RNR-model, maar ook als een alternatief (Ward & Gannon, 2006).

Al eerder, dus voor het GLM werd ontwikkeld, formuleerden Ward e.a. (2004) het 'zelfregulatiemodel'. Dat model stelt dat mensen met een adequate zelfregulatie niet neigen naar (seksueel) grensoverschrijdend gedrag. Adequate zelfregulatie houdt in dat men in staat is zijn doelen in verschillende contexten en over langere perioden op optimale en bevredigende wijze te bereiken. Binnen dat model werden meerdere

'delictroutes' onderscheiden, min of meer vaste patronen leidend tot grensoverschrijdend gedrag. Uit onderzoek naar behandelingen van seksueel delinquenten die op basis van deze delictroutes was vormgegeven, bleek een dergelijk onderscheid meerwaarde te hebben (Ward et al., 2004). Verdere uitwerking van dit gedachtegoed heeft geleid tot het GLM.

Binnen het GLM wordt ervan uitgegaan dat (ook) het vergroten van het welzijn van een patiënt de focus dient te zijn van de behandeling. Het model stelt dat mensen basisbehoeftes hebben (primary goods) die op zich legitiem zijn. Maar de middelen waarmee men in deze behoeftes voorziet (secondary goods) kunnen verkeerd zijn, zoals in geval van grensoverschrijdend gedrag.

De behandeling richt zich dan op een voor deze unieke patiënt andere, acceptabele wijze van voorzien in diens primary goods. Daarbij is er aandacht voor de interne en externe factoren die voorkwamen dat de patiënt deze primary goods op adequate wijze kon bereiken, en men richt zich op het vergroten van vaardigheden en versterken van persoonlijke eigenschappen ten einde wél op een sociaal acceptabele manier hierin te kunnen voorzien (Netto, Carter, & Bonell, 2014; Ward & Gannon, 2006). Samen met de behandelaar neemt de patiënt zijn huidige situatie of de situatie ten tijde van het delict door. Hij formuleert zijn gewenste doelen op verschillende gebieden, bijvoorbeeld wonen en relaties, stelt de stappen vast om deze te kunnen bereiken en vormt zich een beeld van de mogelijke obstakels daarbij. Van belang hierbij is dat deze doelen realistisch zijn en - uiteraard - geen delictrisico meebrengen. Omdat volgens het GLM de basisbehoeftes, althans de prioritering ervan, per individu verschillen is dit een individueel proces en impliceert het een op maat te snijden behandeling.

Het GLM richt zich dus expliciet op het vergroten van het welbevinden en op wat de patiënt wel kan doen om delictvrij te blijven;

het claimt dit als meerwaarde boven het RNR-model.

Er bestaat nog geen uitvoerig onderzoek naar het directe effect van het GLM op het recidiverisico. Wel komt er steeds meer steun voor een meer indirect effect van op GLM-uitgangspunten gebaseerde behandelingen, ook bij niet-zedendelinquenten (Pomp, 2009). Deze behandelingen blijken te resulteren in meer betrokkenheid, sterkere motivatie, minder uitval, verbeterde coping en probleemoplossend vermogen dan behandelingen gericht op alleen terugvalpreventie (zie: <https://efp.nl/projecten/zorgprogrammas>, onder 'basis zorgprogramma').

Deze gerichtheid op het individu past ook in de huidige opvattingen over de positie die de patiënt in het behandelverloop dient te hebben, namelijk zo veel mogelijk in eigen regie en in samenspraak (zie ook hoofdstuk 4, shared decision making).

Het GLM sluit goed aan bij onze 'missie en visie' en bij onze opvattingen over de preventieve werking van individueel welzijn, over de meerwaarde van samenwerking met de patiënt en van maatwerk. Voor ons is het GLM-model een belangrijk uitgangspunt.

3.5 BESCHERMENDE FACTOREN

Bij het inschatten van de kans op recidive en bij het vaststellen van de behandelfocus is het van belang ook te weten welke zogeheten 'beschermende' of 'protectieve' factoren er in het spel zijn (Rogers, 2000; De Vogel e.a., 2007). Een beschermende factor kan gedefinieerd worden als 'een kenmerk van een persoon, zijn omgeving of situatie dat een reducerend effect heeft op het risico van toekomstig gewelddadig gedrag' (De Vogel e.a. 2002, p. 26). Beschermende factoren kunnen zijn: therapie- en medicatietrouw, een ondersteunend sociaal netwerk of stabiele partnerrelatie en passende dagbesteding.

Er is nog steeds discussie over de vraag of beschermende factoren unieke factoren zijn, andere dan risicofactoren ('unipolair'), of dat risicofactoren en beschermende factoren uiteindelijk zijn van eenzelfde factor of dimensie ('bipolair'). Het betrekken van beschermende factoren bij de risicotaxatie en de indicatiestelling lijkt meerwaarde te bieden (Nagtegaal & Schönberger, 2013). Deze meer positieve benadering kan bovendien de behandelrelatie bevorderen (Bouman & Bulten, 2009). In hoofdstuk 10 wordt hierop verder in gegaan. Zie ook <https://efp.nl/projecten/zorgprogrammas>, onder 'basis zorgprogramma'.

3.6 HERSTEL- EN REHABILITATIEMODEL

Het herstelmodel richt zich op de sterke kanten van de patiënt. In het herstelproces dat iemand na een ziekte of ongeval doorloopt worden drie fasen onderscheiden:

Fase 1 is de stabilisatiefase of acute fase.

In deze fase zijn de interventies gericht op stabilisering en vermindering van acute symptomen en klachten.

Fase 2 is de heroriënteringsfase. In deze fase oriënteert de patiënt zich op de gevolgen van de ziekte.

Fase 3 is de re-integratiefase. In deze fase verwerft de patiënt zich met zo min mogelijk professionele hulp een nieuwe plek in de maatschappij, met inachtneming van zijn beperkingen. Herstel wordt daarmee gezien als een individueel proces. De hulpverlener volgt dit proces actief en stelt de patiënt in staat dit optimaal te doorlopen (Anthony e.a., 1990; Anthony, 1993; Spaniol e.a., 1997).

Ook het rehabilitatiemodel heeft als doel om de patiënt te ondersteunen in zijn herstelproces. Het gaat ook hier om herstel van een ziekte of om het leren omgaan ermee, het geven van zin aan en het trekken van lering uit de unieke, individuele situatie van de patiënt. En ook hier staan niet zo zeer de beperkingen centraal, maar de mogelijkheden, vaardigheden en kwaliteiten die hij heeft.

Herstel en rehabilitatie kan op verschillende niveaus worden nagestreefd: op klinisch, functioneel, maatschappelijk en persoonlijk niveau Koenraadt & Kool, 2013). Outreachende zorg zoals ook For-FACT levert (zie ook hoofdstuk 10) is een voorbeeld van een herstelgerichte behandeling.

Zowel het herstelmodel als het rehabilitatiemodel zijn ontwikkeld voor en gericht op patiënten met ernstige en invaliderende psychiatrische ziektes, zoals psychosen en sommige depressies. Inhoudelijk kennen ze grote overlap (fasen 1 en 2 van het herstelmodel overlappen het rehabilitatiemodel).

De toepassing van deze modellen in de forensisch ambulante praktijk vraagt om een vertaalslag:

- In fase 1 zijn de forensische interventies gericht op veiligheid en rust op de korte termijn (voor zover nodig).
- In fase 2 wordt vanuit deze rust en veiligheid gekeken wat er nodig is voor de veiligheid op de langere termijn zoals welbevinden en stabiliteit; duurzame delictpreventie.
- In fase 3 wordt er vorm en inhoud gegeven aan de uitkomsten van fase 2. Dit alles gebeurt in nauwe samenwerking met de patiënt als deskundige ten aanzien van zijn eigen leven, mogelijkheden en beperkingen. Deze wordt actief betrokken bij de beslissingen betreffende zijn behandeling (shared decision making).

3.7 PSYCHOLOGISCHE MODELLEN

Er bestaan meerdere psychologische theorieën over het ontstaan en de instandhouding van gedrag in het algemeen en van symptoomgedrag in het bijzonder. Op basis daarvan zijn er behandelingen ontwikkeld. Sommige zijn meer bekend of prominent dan andere. We beschrijven ze hier niet; we gaan ervan uit dat men deze in grote lijnen kent of zich verder oriënteert in de diverse handboeken. Wel gaan we hieronder kort in op

enkele begrippen en opvattingen die relevant zijn voor of veel gebruikt worden in het forensische veld.

De laatste jaren is er hernieuwde aandacht voor de zogeheten 'hechtingsstijl' van een patiënt. De term 'hechting' verwijst naar de binding van de baby en later het jonge kind met zijn primaire verzorger(s), en omgekeerd. Is deze band goed, dat wil zeggen: is er op adequate wijze aan de basisbehoeftes van het kind tegemoetgekomen, dan wordt gesproken van een veilige hechting. Is dat niet het geval, dan is er een onveilige hechting; daarbij worden dan een 'vermijdende' en een 'afwerende' hechtingsstijl onderscheiden (Ainsworth e.a., 1978). Varianten komen voor, zoals 'angstig-ambivalent', 'angstig-vermijdend' en 'gedesoriënteerd', elk met eigen specifieke kenmerken (zie o.m. Thomes-Vreugdenhil, 1999). De behandeling is er dan op gericht deze hechtingsproblematiek te verhelpen dan wel te verzachten of de patiënt te leren daarmee om te gaan; intensieve en langdurende behandeling is dan vaak nodig.

De leertheorieën, dan wel de cognitief-gedragstherapeutische uitgangspunten, werden al genoemd bij het terugvalpreventiemodel; ze gelden ook als belangrijk uitgangspunt bij behandeling volgens de what works-principes. Verworven inzicht of nieuw aangeleerde vaardigheden zijn lang niet altijd voldoende om tot ander gedrag over te gaan. Meer experiëntiële georiënteerde benaderingen met aandacht voor (her-)beleving en corrigerende emotionele ervaringen zoals schematherapie, hebben dan meerwaarde.

Deze theorieën verschillen in hun verklaringen voor gedrag en dus ook in de behandeling die ze voorstaan, en nog steeds woedt er een 'scholenstrijd'. Bij nadere beschouwing zijn echter veel van de verschillen erg betrekkelijk. Soms wordt het ene wat meer beklemtoond dan het andere; vaker worden dezelfde fenomenen of verklaringen beschreven in

andere bewoordingen.

Bijvoorbeeld: Het superego uit de psychodynamische theorie functioneert in grote lijnen hetzelfde als de 'innerlijke criticus' uit de experiëntiële theorie (Stinckens, 2008) en het schema 'strengere normen/overmatig kritisch' uit de schematherapie (Young e.a. 2005). Ook verklaringen hiervoor komen overeen. Ze worden beschouwd als internalisatie van normen en regels die eerder extern golden, en die in de vroege jeugd zijn aangereikt of opgelegd door belangrijke anderen, meestal de ouders.

Recente studies laten zien dat niet is vast te stellen dat behandelingen gegeven vanuit het ene denkmodel effectiever zijn dan behandelingen op basis van andere modellen. Dat kan met de bovengenoemde overeenkomsten te maken hebben en ook met (andere) zogeheten 'non-specifieke factoren'; in hoofdstuk 11 gaan we hierop verder in.

Dit gegeven speelt een belangrijke rol in de keuzes die we maken ten aanzien van ons behandelaanbod. Het geeft namelijk de ruimte om dit niet alleen op theoretische maar ook op praktische gronden samen te stellen, zoals:

- De helderheid van het verklaringsmodel.
- De 'gebruikersvriendelijkheid' voor zowel patiënt als behandelaar.
- De state-of-the-art in het forensisch ambulante veld.
- De actuele beschikbaarheid.

Ook dit komt verder in dit schrijven aan de orde.

3.8 SAMENVATTING

In dit hoofdstuk kwamen enkele modellen aan de orde die in het forensische veld veel gehanteerd worden ter verklaring en behandeling van grensoverschrijdend gedrag. Enkele ervan richten zich op het in kaart brengen en vervolgens aanpakken van risicofactoren, al dan niet samen met beschermende factoren. Andere zijn wat breder en verklaren gedrag in het algemeen.

Ook kwamen er enkele modellen aan de orde die vooral aandacht gaven aan herstel en rehabilitatie.

Op basis van nieuwe inzichten en ervaringen lijkt er een verschuiving plaats te vinden van het strikt behandelen volgens het terugvalpreventiemodel en de what works principes naar behandeling volgens het Good Lives Model. De Tender heeft deze keuze ook gemaakt en heeft het GLM-model tot haar belangrijkste (inhoudelijke) uitgangspunt gemaakt. Het biopsychosociaal model is voor ons hierbij een onmisbaar achtergrondmodel en dat impliceert een multidisciplinaire benadering. We realiseren ons ook dat het voor duurzame delictpreventie nodig kan zijn méér aan te reiken dan inzicht en vaardigheden, omdat deze niet beklijven bij ernstige psychische problematiek zoals een hechtingsstoornis. Het GLM-model biedt hier ruimte voor en deze gebruiken we ook; we beschikken over meerdere psychologische en psychotherapeutische behandelvormen.

HOOFDSTUK 4

ANDERE UITGANGSPUNTEN

Een behandeling vindt niet in het luchtledige plaats in een kamer met behandelaar en patiënt. De behandeling vindt plaats binnen een bredere context. Deze context biedt enerzijds ruimte en stelt anderzijds grenzen. Contextfactoren bepalen dus mede de handel(on)mogelijkheden en daarmee ook de vorm en inhoud van een zorgprogramma.

4.1 ORGANISATIE EN REGELGEVING

Als regel wordt er binnen het forensisch ambulante veld multidisciplinair behandeld. Er is dus rond een patiënt of patiëntengroep een behandelteam geformeerd. De samenstelling daarvan ('disciplinemix'), de taakverdeling

en de werkafspraken bepalen mede welk behandel aanbod toegepast wordt.

Een behandelteam functioneert op zijn beurt weer binnen een afdeling en/of een grotere GGZ-instelling. En deze instelling heeft zich in haar positie vervolgens weer te verhouden tot belangrijke stakeholders als financiers, overheden, vakbonden en dergelijke, en met relevante wet- en regelgeving. Denk hierbij aan de Zorgverzekeraar, GGZ-Nederland, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie, de WGBO, de wet BIG, het tuchtrecht, de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), WVGZ en WZD. Op de achtergrond spelen enkele ministeries een belangrijke rol, met name het Ministerie van Justitie en Veiligheid en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Al deze zaken hebben invloed op wat er in de behandelkamer plaatsvindt. We vinden het wenselijk dat onze behandelaren hiervan enige kennis hebben. Zo moet deze bijvoorbeeld weten welke zorgstandaarden er zijn, wat de regelgeving is voor het omgaan met patiëntgegevens, op de hoogte zijn van het Model Kwaliteitsstatuut en van de uitwerking daarvan op instellingsniveau, waaronder ook het professioneel statuut. Waar mogelijk oefent de hulpverlener op gepaste wijze invloed uit of deelt hij zijn kennis, bijvoorbeeld door deelname aan werkgroepen of programmacommissies. Bij De Tender is hier ruimte voor en ook de Dimence Groep nodigt haar werknemers hiertoe uit middels bijvoorbeeld 'Beleid Maken We Samen' (BMWS).

4.2 SHARED DECISION MAKING

Shared Decision Making (SDM) kan gedefinieerd worden als een 'gezamenlijk proces waarin zorgverlener en patiënt' beslissingen nemen over gezondheids- en behandel doelen. Zij doen dit op basis van wetenschappelijke kennis, van ervaringskennis en waarden en wensen van de patiënt.

Op deze manier wordt recht gedaan aan de expertise van de zorgverlener en aan het recht van de patiënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan (Elwyn e.a., 2012, p. 1361). Met andere woorden: er is sprake van gezamenlijke besluitvorming. Patiënt en behandelaar zijn in dit proces gelijkwaardig. De patiënt is - uiteindelijk - de expert op het gebied van zijn eigen leven, en de behandelaar is expert op het gebied van behandeling en - in het forensische - risico-inschatting.

De SDM-benadering stelt de patiënt in staat om maximaal regie te voeren over zijn behandeling, ook binnen de kaders van gedwongen zorg. Deze omgang tussen patiënt en behandelinstelling dient vanzelfsprekend te zijn. Daarnaast zijn er inhoudelijke argumenten voor SDM te geven. Aangenomen wordt dat wanneer een patiënt kan meedenken en mee besluiten, er betere behandelresultaten te verwachten zijn.

Uit onderzoek blijkt ook dat SDM een positief effect heeft op de behandelbetrokkenheid, patiënttevredenheid, therapietrouw en het vertrouwen van de patiënt in het behandelproces en (daarom) leidt tot betere behandelresultaten (Haman e.a., 2003; Adams e.a., 2007; Metz, 2018).

Van groot belang hierbij is dat alle relevante informatie ook beschikbaar is. Met andere woorden: zowel de patiënt als de behandelaar dienen alle van mogelijk belang zijnde informatie aan te leveren, zodat deze in de gezamenlijke besluitvorming kan worden meegenomen in het behandeltraject. Op die manier heeft SDM ook in het ambulante forensische veld meerwaarde (Troquete, 2014).

4.3 ERVARINGSDESKUNDIGHEID

Ervaringsdeskundigheid is te omschrijven als 'het vermogen om op grond van eigen herstellervaring voor anderen ruimte te maken

voor herstel' (www.deervaringsdeskundige.nl). De inzet van ervaringsdeskundigheid houdt in dat kennis en ervaring van voormalige patiënten, in ons geval bij voorkeur uit de ambulante forensische GGZ, ingezet wordt in de behandeling van patiënten.

Deze inzet is gebaseerd op twee pijlers: 'methodische zelfhulp' en 'emancipatie'. Bij methodische zelfhulp fungeert de ervaringsdeskundige als een positief rolmodel en kan deze de patiënten helpen met het aanleren van vaardigheden, met het leren omgaan met slachtoffer- en daderschap en met het bieden van perspectief na de behandeling. De emancipatoire kant richt zich niet direct op de patiënt maar op het bewerken van de kaders waarbinnen de zorg geboden wordt, zodat er daadwerkelijk herstelgericht gewerkt kan worden. Wanneer bijvoorbeeld nieuwe regels worden ingesteld of procedures worden veranderd, kan de ervaringsdeskundige aandacht vragen voor gevolgen ervan die de behandelaren niet (kunnen) voorzien.

Recent kwalitatief onderzoek, uitgevoerd in opdracht van KFZ, liet zien dat de inzet van ervaringsdeskundigheid in de forensische GGZ een positief effect kan hebben op de behandeling van patiënten, weliswaar afhankelijk van de gehanteerde uitkomstmaten (Bierbooms e.a., 2017a; zie ook <https://kfz.nl/resultaten/call-2016-47>). De meest consistente bevinding uit onderzoek betreft een positief effect op persoonlijk herstel en op verminderen van zelfstigmatisering (Livingston e.a., 2013). Er zijn dus voldoende inhoudelijke argumenten voor de inzet van ervaringsdeskundigheid. En er is inmiddels regelgeving die dit mogelijk maakt.

Een nieuwe ontwikkeling betreft de inzet van 'familie-ervaringsdeskundigen', die vanuit hun eigen ervaringen als familielid de familieleden en naastbetrokkenen van een patiënt kunnen ondersteunen in hun rol of taak bij het herstel⁷.

Binnen De Tender maken we inmiddels

⁷ Voor meer informatie: <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/platforms/familie-ervaringsdeskundigheid/>

op meerdere plekken gebruik van ervaringsdeskundigheid.

4.4 NAASTBETROKKENEN

Al geruime tijd is er vanuit meerdere kanten de wens om in de GGZ naastbetrokkenen meer te betrekken bij de behandeling van de patiënt. Onder 'naastbetrokkenen' verstaan we hier gemakshalve zowel gezinsleden als overige familie en, bijvoorbeeld, burens.

In 2004 kwam er al een modelregeling 'Betrokken Omgeving' uit met richtlijnen voor de opzet en de inhoud van een familiebeleid⁸. Uit een in 2011 gehouden enquête bleek dat er weliswaar vele initiatieven op dit terrein waren ontplooid, maar dat landelijk gezien de ontwikkeling van een goed familiebeleid nog in de kinderschoenen stond ('meld je zorg'⁹). Nadien heeft men niet stil gezeten en dit heeft onder meer geleid tot de 'GENERIEKE MODULE Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek' (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016) en Handleiding Familiebeleid GGZ (Landelijk platform GGZ, 2016).

Binnen de meeste GGZ-instellingen heeft dit geleid tot een beleid op dit terrein. Bij Transfore heeft de omgang met de naastbetrokkene(n) concreet vorm gekregen in 'Naastenbeleid Transfore'¹⁰. Daarin is zowel op organisatieniveau als op afdelingsniveau beschreven wat er gedaan wordt. Hierbij kiezen we een proactieve benadering inzake informatieverstrekking, en een actieve houding erop gericht om naastbetrokkenen bij de behandeling te betrekken en hen zo nodig steun te bieden. Daartoe wordt zo spoedig mogelijk na de intake het netwerk van naasten in kaart gebracht.

Familie en naasten zijn degenen die voor, tijdens en na de behandeling deel uitmaken van het leven van de patiënt. Het betrekken van de context van de patiënt (naasten) is dan ook vaak een voorwaarde voor een succesvolle

behandeling. Deze visie leidt logischerwijs tot een positieve grondhouding ten aanzien van het betrekken van naasten ("ja-tenzij") bij ieder patiënttraject. Transfore onderschrijft de visie dat het (on)welbevinden van een individu samenhangt met de situatie van de naasten en omgekeerd. Dit betekent dat een aandoening, kwetsbaarheid of handicap (en grensoverschrijdend gedrag) niet alleen de patiënt raakt, maar ook zijn of haar naasten. Het betekent ook dat de wederzijdse beïnvloeding kan leiden tot een verbetering of verslechtering van de bestaande situatie.

Vanuit deze visie richt het naastenbeleid van Transfore zich op de naasten zelf met als doel het welbevinden van de naasten te verbeteren, waardoor zij beter in staat zijn hun rol te nemen binnen het patiënttraject. De wijze waarop samengewerkt en ondersteund wordt is beschreven in [het naastenbeleid](#) en is gebaseerd op de Module "Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek", dat in november 2016 door het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ tot stand is gekomen.

Het is inmiddels breed geaccepteerd om ook naastbetrokkenen als cliënten van de instelling te zien. De onderliggende gedachte betreft niet alleen dat men ook voor deze naastbetrokkenen zorg moet hebben. Ook van belang hierbij is het inzicht dat een patiënt een sociale omgeving heeft, die invloed op hem heeft en dat het goed is deze invloed in kaart te hebben en in te schatten hoe deze is aan te wenden ten behoeve van herstel, rehabilitatie en/of - in het forensische - delictpreventie. Vanuit een meer systeemtheoretische visie is het ook van belang om andersom de invloed van de patiënt op diens omgeving helder te krijgen, ofwel: al de betrokkenen, patiënten en naasten, beïnvloeden elkaar wederzijds.

Vanuit de GGZ-instelling gezien kan een naastbetrokkene zich vaak tegelijkertijd in meerdere posities bevinden:

⁸ http://www.invoorzorg.nl/docs/ivz/informatiecentrum/professionals/b-3_betrokken_omgeving_-_modelregeling_relatie_ggz-instelling_-_naastbetrokkenen_-_versie_2004.pdf

⁹ <https://www.werkhoezithet.nl/kennisbank/publicatie/familie-en-de-ggz-uitkomsten-van-de-enqu-234-te-fa>

¹⁰ https://www.transfore.nl/sites/default/files/images/naastenbeleid_transfore.pdf

1. Bron van informatie.
2. Medehulpverlener.
3. Mantelzorger die ondersteund of ontlast moet worden.
4. (Onder)deel van de aangemelde problematiek.

Vooral binnen het ambulante forensische veld zal deze vierde positie vaker waarneembaar en van belang zijn. De aanmeldreden betreft immers niet direct een psychische stoornis maar vooral gedrag, in wisselwerking met anderen en vaak nog actueel spelend. Ofwel, er zijn naast een eventuele psychische stoornis ook andere risicofactoren. Zeker wanneer het grensoverschrijdend gedrag zich binnen de kring van naastbetrokkenen heeft afgespeeld en/of waarbij de pleger gedurende langere tijd zijn grensoverschrijdend gedrag vertoonde terwijl hij in gezins- of familieverband leefde, is het van belang te kijken naar de onderlinge wisselwerking, in het bijzonder als er kinderen zijn (zie ook verderop in dit zorgprogramma). Wat daarin heeft het gedrag mogelijk mede veroorzaakt en in stand gehouden; ondanks waarschijnlijk andere intenties? Met name bij deze vragen biedt de systeemtheorie houvast bij beantwoording en aanpak.

4.5 KETENSAMENWERKING

Een behandelinstelling vormt meestal een schakel in de keten van het zorgaanbod in een bepaalde regio. Dat geldt ook voor De Tender als forensisch ambulante instelling.

Elke patiënt van ons heeft een verwijzer. Dat is de huisarts of de reclassering, een andere GGZ-instelling of een niet-GGZ-instelling zoals Veilig Thuis of Gemeente (dan meestal wel via de huisarts). Ook stromen er patiënten in vanuit andere forensische instellingen zoals een FPC, FPK en FPA, of verblijft de patiënt in een (Forensisch) Beschermd Wonen-instelling (FBW). Soms volgt een patiënt gedurende de behandeling bij De Tender ook nog een traject bij een andere instelling, zoals een verslavingsinstelling. Ten slotte kan de patiënt

te maken hebben met instellingen die zich niet richten op behandeling, maar op hulp of ondersteuning bij sociaal-maatschappelijke zaken, bijvoorbeeld maatschappelijk werk (MW) en/of wijkteams. Ook bij uitschrijving krijgt een aantal patiënten te maken met instellingen die op de een of andere manier vervolg geven aan wat er op de polikliniek is gedaan.

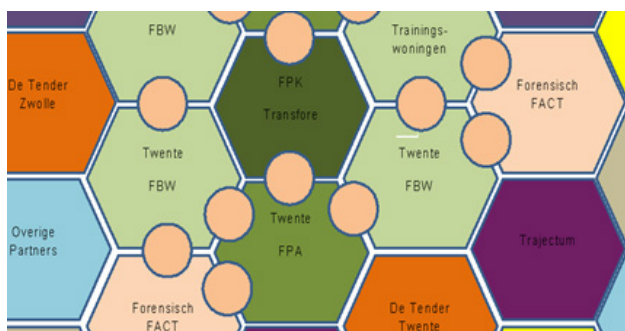
In toenemende mate wordt geprobeerd deze zorgketen te versterken en zo binnen een regio tot betere 'ketenzorg' te komen. Dit is voor de patiënt van belang maar ook voor de veiligheid. Met andere GGZ-instellingen en bijvoorbeeld met de Veiligheidshuizen, kan men werken aan een sluitend zorgnetwerk. Men kan afspraken maken over 'terugname' bij oploeiend risico, over beschikbaarheid voor consultatie of over uitvoering van een deelbehandeling. Men kan elkaar ook scholen middels bijvoorbeeld klinische lessen. Bij voorkeur legt men deze samenwerking vast in convenanten, maar op zijn minst krijgt dit vorm in afspraken op casusniveau, waarbij een zogeheten 'warme overdracht' vanzelfsprekend moet zijn¹¹. Direct contact tussen de behandelaren van de betrokken instellingen blijkt een positief effect te hebben op het verloop van de individuele patiënttrajecten (Hodgins e.a., 2007; Jenuwine e.a., 2003; Lovell e.a., 2005). Op beleidsniveau wordt al langer gepleit voor een steviger zorgketen (GGZ Nederland, 2014, 2015).

Transfore beschouwt de ketensamenwerking vanuit het 'honingraatmodel' (zie figuur 4.1). Binnen dit model heeft een keten geen vast begin of einde en hoeft deze niet in een vaste volgorde doorlopen te worden. Dit impliceert dat klinische en ambulante zorg onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn en dat behandelintensiteit vlot kan worden op- en afgeschaald. Een opname wordt door ons gezien als een intermezzo in een ambulante traject (Transfore, 2017).

Binnen De Tender is een inschatting van het benodigde zorgtraject, ook na de behandeling,

¹¹Stichting Transfore heeft een convenant afgesloten met 3RO (de drie samenwerkende reclasseringsorganisaties) om de samenwerking te regelen, ook in gevallen dat de patiënt naar een ander voorziening van Transfore gaat.

onderdeel van de vaste evaluaties, om zo tijdig de continuïteit van de zorg te kunnen waarborgen. Vooral bij te verwachten veranderingen in een juridische titel is dit van belang.



Figuur 4.1 Het honingraatmodel

4.6 ROM: MONITORING EN MEASUREMENT

ROM is een afkorting die zowel 'Routine Outcome Monitoring' als 'Routine Outcome Measurement' betekent. Het verschil tussen deze begrippen is niet absoluut.

Bij 'monitoring' bespreekt de behandelaar regelmatig, soms zelfs per sessie, hoe de patiënt de sessie(s) en zijn behandelaar ervaart, of en hoe de klachten verminderen, het functioneren verbetert en het welbevinden toeneemt (Duncan e.a., 2003). Hiervoor worden vaak korte vragenlijsten gebruikt. Zo wordt een actueel beeld verkregen van het welbevinden van de patiënt, zijn betrokkenheid, motivatie en therapietrouw en het gesprek hierover verbetert de therapeutische relatie (Janse e.a., 2017). Langs elkaar heen werken wordt hiermee voorkomen, het risico van tijdsverlies en drop-out neemt af (Winkelhorst e.a. 2013) en zo kunnen behandelingen mogelijk ook worden versneld (Janse e.a., 2017). Een veel gebruikt instrument is de 'Partners for Change Outcome and Management System'-methode (PCOMS), ontwikkeld door Miller en collega's, waarin de 'Session Rating Scale' (SRS) en 'Outcome Rating Scale' (ORS) zijn opgenomen (Miller e.a. 2003, 2006; Duncan e.a. 2003).

Ook de 'Brief Symptom Inventory' (BSI) of de 'Outcome Questionnaire' (OQ)-45 worden gebruikt.

Van 'measurement' is sprake wanneer de behandelvoortgang op meer objectieve wijze vastgesteld wordt door herhaalde metingen met steeds dezelfde instrumenten. Het geaggregeerd gebruik van deze uitkomsten, ook wel benchmarking¹² genoemd, heeft als doel de effectiviteit op bijvoorbeeld behandelaarsniveau, afdelingsniveau of organisatieniveau te meten en met elkaar te vergelijken. Dit kan ook een beter zicht geven op effectiviteit en efficiëntie van afdelingen en/of instellingen; zo kan men ook van elkaar leren.

Het is van belang om bij het trekken van conclusies uit de scores met het volgende rekening te houden: Scores op schalen die bedoeld zijn om te monitoren kunnen niet zomaar gebruikt worden om behandel-effectiviteit te meten. Lage scores op de SRS of ORS kunnen bijvoorbeeld weergeven dat een patiënt zich op zijn gemak en veilig voelt, en vrij om kritisch te zijn. Dan is een lage score eerder een uiting van een goede behandelrelatie dan van een slechte behandeling. Ook andere instrumenten die bedoeld zijn voor monitoring op individueel niveau zoals de 'Health of the Nations Outcome Scale' (HoNOS) of de 'Symptom CheckList' (SCL-90) lenen zich niet goed voor gebruik op geaggregeerd niveau (zie ook Van Os e.a., 2012).

Wanneer men een risicotaxatie-instrument (ook) als ROM-instrument gebruikt, dient men ook nog op een ander punt te letten. Deze instrumenten zijn in het algemeen niet geschikt voor een kwantitatieve behandel-evaluatie op individueel niveau. Dat is omdat de gevoeligheid voor verandering van vooral de stabiele dynamische risicofactoren van deze instrumenten relatief gering is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan first offenders zonder bijkomend psychiatrisch ziektebeeld. Zij scoren

¹² Benchmarking is systematisch onderzoek naar de prestaties en de onderliggende processen en methoden van een of meer leidende referentie-organisaties op een bepaald gebied, en de vergelijking van de eigen prestaties en werkmethode met deze "best practice", met als doel om de eigen prestaties te plaatsen en te verbeteren (Camp, 1989).

bij aanvang van behandeling vaak al 'laag'. Voortgang in de behandeling zal dan niet of nauwelijks tot lagere scores leiden. Anders gezegd: op basis van de uitkomsten van de risicotaxatie kan in het individuele geval niet zomaar geconcludeerd worden dat er niet goed behandeld is.

Ondanks de hierboven geformuleerde bedenkingen is in het forensische veld 'measurement' met een risicotaxatie-instrument wel de meest logische keuze. Daarnaast worden vaak ook andersoortige instrumenten gebruikt.

We hebben als De Tender voor de monitoring geen instrument voorgeschreven; misschien gaan we dat nog doen. Als measurement gebruiken we de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE), de HoNOS en de CQI (Consumer Quality Index).

De FARE wordt in hoofdstuk 9 besproken. De HoNOS is een observatielijst bestaande uit 12 schalen, die bij de intake en op de vaste evaluatiemomenten wordt ingevuld en die de geestelijke toestand en het sociaal functioneren van de patiënt van de voorgaande twee in weken kaart brengt. Ten behoeve van de bruikbaarheid voor het forensische veld zijn er recentelijk drie schalen toegevoegd. De CQI is een vragenlijst die de patiënttevredenheid meet. Hiernaast gebruiken veel behandelaren de bovenbeschreven PCOMS ten behoeve van hun eigen behandelingen.

HOOFDSTUK 5

VEILIGHEID

Zoals al in de inleiding verwoord, ontleent De Tender haar bestaansrecht aan het doel: bijdragen aan een veiligere samenleving. Deze bijdrage leveren we middels het behandelen van mensen met (dreigend) grensoverschrijdend gedrag. Risico's dienen liefst duurzaam tot aanvaardbaar niveau te

worden teruggebracht. We vinden het hierbij van belang om samen met de patiënt te werken aan een adequate en tevredenstellende wijze van (weer) deelnemen aan het maatschappelijke leven, en om op deze wijze ook diens emotioneel welzijn te vergroten; dit in de overtuiging dat de veiligheid hiermee uiteindelijk het meest gediend is.

5.1 VEILIGHEID IN DE TOEKOMST

We schreven in hoofdstuk 1 al dat veiligheid in de toekomst - lees ook: duurzame delictpreventie - het uiteindelijke doel van de behandeling is. Het is ook ons eerste doel; 'eerste' niet in tijdsplanning maar in beoogd resultaat: We willen allereerst komen tot duurzame veranderingen in het gedrag van de patiënt ten aanzien van de risicofactoren. Daarmee bedoelen we dat de patiënt zelfstandig, zonder professionele hulp verder kan. Als dit niet (voldoende) mogelijk blijkt streven we naar zelfcontrole van de patiënt; hij heeft nog verdere hulp nodig maar is zelf in staat gebruik te maken van wat beschikbaar is. Wanneer ook de zelfcontrole ontoereikend blijkt wordt gewerkt aan controle op nog relevante risicofactoren, uit te voeren door ons en/of derden, zoals andere instanties of familie. Hierbij is er voortdurend aandacht voor de kwaliteit van leven.

We verkiezen deze volgorde omdat we van mening zijn dat met duurzame veranderingen de veiligheid op de langere termijn beter gewaarborgd is dan wanneer deze veiligheid gewaarborgd moet worden door externe maatregelen.

5.2 VEILIGHEID IN HET HEDEN

Bij aanvang en tijdens een behandeling moet er niet alleen aandacht zijn voor de veiligheid op de langere termijn. Er moet ook aandacht zijn voor de veiligheid in het heden. Bij elke patiënt is er per definitie sprake van mogelijk grensoverschrijdend gedrag, dat is immers de reden van aanmelding. Daarom moet er altijd rekening mee worden gehouden dat dit

gedrag zich ook kan voordoen ten tijde van de aanmelding en gedurende de behandeling, ook tijdens de behandelsessies. Het actuele risico moet goed in beeld zijn, ook het risico voor de medewerkers en de directe omgeving van de patiënt. Zo nodig gaat de eerste behandelaandacht daar naar uit, zeker als er kinderen bij betrokken zijn (zie ook hoofdstuk 7, familiaal geweld). Daarna kunnen we ons richten op de gewenste veranderingen. Dit zijn geen strak van elkaar te onderscheiden fasen; ook gedurende de behandeling kan het actuele risico soms snel oplopen. Veiligheid zien we ook als een voorwaarde voor verandering. Patiënt en behandelaar moeten zich veilig voelen. Factoren die in deze actuele veiligheid een rol spelen liggen bij de patiënt zelf, diens sociale context, de medewerkers maar ook in het gebouw en de inrichting ervan. Hieronder lichten we dit toe.

5.3 GEBOUW EN INRICHTING

Poliklinische patiënten zijn relatief weinig uren van een dag of week in een polikliniek aanwezig. Toch kan en moet ook een polikliniek zoals De Tender aandacht hebben voor het gebouw en de inrichting ervan, in samenhang met veiligheid.

Een gebouw moet overzichtelijk en goed toegankelijk zijn, maar ook gemakkelijk verlaten kunnen worden. Een boze of wanhopige patiënt moet weg kunnen lopen - vaak is hem dat ook geleerd als onderdeel van emotieregulatie - en dan moeten er geen obstakels zijn. De gangen staan bij voorkeur niet vol apparatuur of vol met mensen; plaats bijvoorbeeld geen koffieautomaat in een smalle gang. Duidelijke 'huisregels' rond bezit en gebruik van wapens, drugs en dergelijke zijn van belang. Zo nodig worden deze op individueel niveau met de patiënt afgesproken. Het moet duidelijk zijn dat van geweld jegens een medewerker altijd aangifte gedaan wordt. Ten slotte, goed gebruik van alarmmiddelen zoals piepers of andere noodknoppen kan de veiligheid vergroten.

Gebouw en inrichting hebben zo gezien ook invloed op het behandelklimaat; verder op in dit zorgprogramma gaan we hier nader op in. De Tender doet bij geweld jegens een medewerker altijd aangifte. We evalueren jaarlijks de fysieke veiligheid in het licht van gebouw en inrichting; zo nodig doen we aanpassingen.

5.4 DE MEDEWERKER

Ook het doen en laten van medewerkers heeft invloed op de actuele veiligheid. Medewerkers moeten om kunnen gaan met uitingen van agressie - niet met alle! - al dan niet met hulp van trainingen in de-escaleren werken. Ze moeten kunnen inschatten of de patiënt stoom afblaast of dat hij zich juist oplaadt en de controle dreigt te verliezen. En ze moeten er enig inzicht in hebben hoe hun eigen (be)handelen agressie kan bevorderen dan wel afremmen. Ze hebben hierbij gepaste aandacht voor hun persoonlijke veiligheid. Ook bij huisbezoeken, bijvoorbeeld door For-FACT-medewerkers (zie voor 'For-FACT' hoofdstuk 10), is deze thematiek van belang.

Medewerkers dienen dus constant alert te zijn op de risico's. Deze alertheid wordt ook wel aangeduid met 'forensische scherpste'. In hoofdstuk 11 wordt verder ingegaan op de in dit verband gewenste kwaliteiten van de medewerkers, vooral van behandelaren.

De Tender besteedt middels onder meer agressiehanteringstrainingen, supervisie, intervisie en werkbegeleiding continu aandacht aan de vaardigheden van de medewerkers ten aanzien van deze veiligheid.

5.5 DE PATIËNT

Bij een patiënt kunnen zich momenten voordoen waarop het risico op ernstig grensoverschrijdend gedrag erg hoog wordt. Hij kan bijvoorbeeld bij de intake veel druk van anderen ervaren om in behandeling te gaan. Hij meent geen andere keuzes te hebben,

of hij ervaart (bijvoorbeeld) detentie of een minimale omgangsregeling met de kinderen niet als gelijkwaardige alternatieven. Hij kan ook te maken hebben met een recente tegenslag die een toch al korte lontje verder doet opbranden.

Ook kan in de loop van een behandeling zijn lijdenslast toenemen, waardoor wanhoopsdaden niet zijn uit te sluiten. Het is goed om in deze gevallen een veiligheidsplan achter de hand te hebben of op te stellen, in beginsel met medewerking en instemming van de patiënt¹¹. Een veiligheidsplan houdt in dat, in geval de patiënt of iemand uit zijn omgeving merkt dat het risico snel toeneemt - men kan dit ook vaststellen met een checklist - men tevoren overeengekomen acties gaat ondernemen¹⁴. Als overleg met de patiënt hierover niet mogelijk is en toch zo'n plan noodzakelijk wordt geacht, kan men zonder diens toestemming of medeweten een veiligheidsplan maken. Zo kan bijvoorbeeld iemand die gevaar loopt een telefonische hotline krijgen met de politie zonder dat de patiënt dit weet.

De Tender besteedt bij aanvang van de behandeling hier met de patiënt aandacht aan - de mate waarin varieert - en neemt zo nodig maatregelen.

5.6 SOCIALE CONTEXT

Het is goed om zicht te hebben op de sociale omgeving van de patiënt, zoals familie, vrienden, burens, werkgever en collega's; bij voorkeur al bij de intake. Zo kunnen we ons een indruk ervan vormen of deze omgeving steunend dan wel destabiliserend werkt, en op welke wijze ze te betrekken is bij het realiseren van actuele veiligheid en van de gestelde behandeldoelen. Onder meer in hoofdstuk 10 komen we hierop terug.

In de zorgketen streven we als Stichting Transfore naar samenwerkingsovereenkomsten met andere hulpverlenende instellingen,

waaronder eventueel de politie, om bij acuut en ernstig gevaar direct en breed te kunnen handelen. Bij risicosituaties kunnen personen en instanties uit deze context een rol krijgen in een eventueel veiligheidsplan. Is er reclasseringstoezicht, dan heeft de reclasseringsmedewerker een belangrijke rol in de eventuele veiligheidsplannen.

HOOFDSTUK 6 GEWELD NADER OMSCHREVEN

In dit hoofdstuk gaan we in op wat geweld is, op verklaringen voor het ontstaan en bestaan ervan en op enkele uitingsvormen. Dit helpt ons om gewelddadig gedrag beter te begrijpen en zo tot een betere indicatiestelling te komen.

Van Dale beschrijft geweld onder meer als 'uiting van...' en 'misbruik van macht en kracht' en beschrijft agressie onder meer als 'bedreiging of aantasting met geweld' (Van Dale, 1999). Voor ons doel is dit verschil te subtiel; gemakshalve beschouwen we deze begrippen als synoniemen en gebruiken we ze door elkaar. Het woord 'agressie' komt van het Latijnse 'ad gredere', wat toenaderen, naar voren stappen, er naartoe gaan en dergelijke betekent. Deze betekenis is dus niet negatief; een negatieve klank ontstaat wanneer hierbij grenzen van anderen worden overschreden.

Achterhuis geeft een ruimere definitie van geweld: geweld omvat "het min of meer intentioneel toebrengen of dreigen toe te brengen van schade aan mensen of voorwerpen" (Achterhuis, 2010, p. 78). Hij gebruikt met opzet de term 'intentioneel' om aan te geven dat er sprake is van een motief voor het geweld. Hierbij houdt hij open in hoeverre een geweldpleger zich van zijn intenties bewust was en/of hij toerekeningsvatbaar was. Onder deze ruime definitie valt ook het meer verborgen geweld

¹³ De begrippen (terugval)preventieplan, signaleringsplan en veiligheidsplan komen alle drie in dit zorgprogramma voor; hoewel er overlap is in betekenis worden ze hier niet als synoniemen gezien. Een veiligheidsplan is niet gericht op terugval op de langere termijn zoals een (terugval)preventieplan of signaleringsplan, maar vooral op het managen van actueel gevaar, van gevaar op de zeer korte termijn of van onvoorspelbaar mogelijk ernstig gevaar. Het is vooral een noodplan met liefst een beperkte duur.

¹⁴ Een voorbeeld van een checklist en veiligheidsplan is te vinden in de 'Algemene programmahandleiding' van ART op Maat, Ambulant voor Volwassenen, op blz. 14 e.v.

zoals stalking, belaging en bedreiging, en het meer indirecte geweld zoals brandstichting en oplichting. Omdat de plegers van al deze vormen van geweld in beginsel tot onze doelgroep behoren, zijn we in dit zorgprogramma uitgegaan van de definitie van Achterhuis.

6.1 VORMEN VAN GEWELD

In het dagelijkse spraakgebruik verstaat men onder 'agressie' vaak fysiek of sterk verbaal gewelddadig gedrag. Maar agressief gedrag omvat meer; het is op vier dimensies te onderscheiden:

1. Mate van geweld: Van lichtere vormen zoals een scheldwoord of het opsteken van de middelvinger, via minder lichte vormen zoals schreeuwen of gooien, naar ernstige vormen zoals slaan, verkrachting of doodslag.
2. Intentie: Er zijn vormen van agressie die bewust en doelgericht worden ingezet om iets te bereiken, dat kan zowel verbaal (bedreigen) als fysiek geweld zijn, de zogeheten instrumentele agressie. En er is de meer impulsieve agressie, ook reactieve agressie genoemd, die tot uiting komt uit onmacht en gebrekkige zelfcontrole; het lijkt de pleger te overkomen.
3. Openheid: Er bestaat meer open agressie zoals schelden of vloeken, en meer gesloten agressie zoals cynisme of uit boosheid je werk niet goed doen.
4. Richting: Er is naar buiten gerichte agressie, maar ook naar binnen gerichte agressie. Bijvoorbeeld zelfbeschadiging (automutilatie) of zelfverwaarlozing (slecht eten).

Ook dominant, autoritair gedrag wordt wel als een uitingsvorm van agressie gezien. Dit gedrag is bijvoorbeeld te zien bij de zakenman die zijn werknemers graag bevelen en orders geeft of willekeurig ontslaat; of aan sommige politiek leiders. Ook dierenmishandeling beschouwen we als agressie.

6.2 VERKLARINGEN VOOR GEWELD

Er bestaan verschillende theorieën die verklaringen geven voor van agressie en agressief gedrag bij de mens, te onderscheiden in biologische, psychologische en sociologische.

BIOLOGISCHE/NEUROLOGISCHE

Een mens is (ook) een dier, een wezen dat vanaf de geboorte moet zien te overleven in een wereld die hij in feite niet kent en begrijpt. Hij moet daarvoor kunnen toenaderen (verbinden, maar ook voor zichzelf opkomen), en zich kunnen terugtrekken; ofwel, hij moet kunnen aanvallen en verdedigen. Agressie wordt hier gezien als een (oer)drift, een aangeboren neiging tot instinctief reageren op wat de mens aantreft in de wereld. Inzet van agressie is dan ook noodzakelijk om in andere behoeften te kunnen voorzien.

Mensen verschillen in aanleg van elkaar wat betreft temperament, neurofysiologische processen en hormoonhuishouding. Gecodeerd in de genen wordt agressie onder invloed van bepaalde hersengebieden gereguleerd door hormonen als adrenaline, testosteron, cortisol en serotonine.

Soms zijn er vanuit de aanleg - het komt in de familie voor - of tijdens de zwangerschap al afwijkingen vast te stellen. Denk aan bovenmatige gevoeligheid voor letterlijke overprikkeling, wat zich kan uiten in plotselinge woede-uitbarstingen die bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis kenmerken.

Er is ook verschil tussen mannen en vrouwen. Al op jongere leeftijd bezitten mannen meer hormonen zoals testosteron en adrenaline. Agressieve reacties zijn bij hen over het algemeen eerder te verwachten (zie ook hoofdstuk 7, specifieke subgroepen). Naarmate men ouder wordt veranderen de hormoonspiegels. Let wel, ook binnen de groep mannen respectievelijk vrouwen bestaan grote verschillen!

Verder hebben ook stimulerende middelen en alcohol invloed op agressie-uitingen; deze kunnen ontremmend werken en de drempel voor gebruik van geweld verlagen.

De context waarbinnen men opgroeit heeft invloed op de ontwikkeling van hersenen en zenuwstelsel. Langdurige verwaarlozing in de kindertijd vertraagt de ontwikkeling van het brein en leidt mogelijk zelfs tot blijvende schade. Ook de invloed ervan op prevalentie van later gewelddadig gedrag is voldoende aangetoond (Bland e.a., 2018). Gesteld kan worden dat er een fysiologische basis is, waarmee latere psychologische en sociologische factoren gaan interageren.

PSYCHOLOGISCHE

Zoals hierboven gesteld is de mens een wezen dat (ook) met de mogelijkheid tot agressie geboren wordt, en dat deze agressie nodig is om zich een plek in deze wereld te verwerven.

De maatschappij vraagt echter dat dit op gepaste vorm gebeurt, dat wil zeggen op een assertieve wijze met adequaat gedrag, of op geaccepteerde wijze middels bijvoorbeeld sport (Darwin, uitgave 2001; Lorenz, 1994). Leertheoretici stellen dat agressief gedrag is aangeleerd op basis van imitatie (afkijken en nadoen) of op basis van persoonlijke ervaringen. En wat aangeleerd is kan worden afgeleerd; dat geldt ook voor gewelddadig grensoverschrijdend gedrag.

Bij de eerder genoemde instrumentele agressie, ook 'actieve agressie' genoemd, heeft men bijvoorbeeld gezien of ervaren dat een hond zich 'koest' houdt nadat deze een schop heeft gekregen; nadien schopt men zelf de hond als deze te veel blaft. Bij het meer impulsieve geweld, ook 'reactieve agressie' genoemd geldt volgens leertheoretici de 'frustratie-agressiehypothese': Agressie is een naar buiten gerichte reactie op het ervaren van frustratie. Dit helpt de innerlijke spanning te ontladen. Dit is een inadequate oplossing, te zien als vermijdingsgedrag want het probleem,

omgaan met de (bron van) de frustratie, wordt niet aangepakt.

Cognitieve processen bepalen mede de wijze waarop mensen op problemen reageren. De 'sociale informatieverwerkingstheorie' (o.m. Shaffer, 2008) stelt dat dit afhankelijk is van de uitkomst van zes verschillende cognitieve stappen: encoderen, interpreteren, verzinnen van een doel, formuleren en evalueren van strategieën, strategie selecteren en vervolgens uitvoeren. Hoe dit proces precies verloopt is mede afhankelijk van ervaringen uit het verleden.

De ontwikkeling naar een adequate uiting van agressie loopt - kort weergegeven - van schreeuwen, schoppen en slaan (baby en peuter), via schelden (kleuter, schoolkind) naar passende communicatie met gedoseerde en zo nodig uitgestelde fysieke uiting in bijvoorbeeld een sportschool (puber, adolescent). Als er in deze ontwikkeling iets niet goed is gegaan kan men impulsen moeilijker beheersen of minder adequaat uiten.

Om agressief gedrag goed te kunnen begrijpen is kennis van iemands leergeschiedenis en dus diens levensloop van belang. De opvoedsituatie en sommige life events hebben invloed op de wijze waarop men zich in het latere leven gedraagt in contact met anderen en waarop men agressie uit. Men kan bijvoorbeeld, als men in een onveilige omgeving is opgegroeid, wantrouwen of het gevoel er niet toe te doen ontwikkelen. Al dan niet bewust ervaart men een ander dan snel als bedreigend en kan men heftig en agressief reageren. Ook mensen die langdurend getraumatiseerd zijn kunnen grote problemen hebben met het reguleren van hun agressie. Vaak is men continu alert en wordt elk begin van (vermeende) dreiging in de kiem gesmoord, niet zelden met buitenproportioneel geweld. Zo zijn er meer voorbeelden te geven. Deze laatste verklaringen sluiten goed aan bij de 'hechtingstheorieën' (zie hoofdstuk 3).

SOCIOLOGISCHE

Agressie had oorspronkelijk een functie in de

kleinere verbanden waarin de mens vroeger leefde, namelijk op gepaste wijze zowel te kunnen toenaderen als zich afgrenzen. Agressief gedrag had daar als functie om de rangorde te bepalen (wie is het sterkst? wie kan en mag het meest?) en te bewaken (tikken op vingers, vermaningen), de seksuele drift te reguleren (wie krijgt wie en hoe vaak) en het voedsel te verdelen (wie krijgt hoeveel en in welke volgorde). Buiten deze toegestane vormen werd agressie vrijwel meteen afgestraft door de hogeren in de rangorde. Een dergelijke afstraffing werd overigens vrij snel vervolgd met verzoeningsgedrag. Daarnaast werd agressief gedrag ingezet om relaties met andere groepsverbanden te reguleren; bijvoorbeeld door territoriumafbakening (zie ook zie ook De Waal, 1996; 2007, die dit gedrag bij andere primaten bestudeerde).

In wezen heeft agressie nog steeds diezelfde functie. Maar nu de mens in veel grotere, lossere en vagere verbanden leeft, en opgroeit met de klemtoon op zijn individuele ontwikkeling, raakt deze oorspronkelijke functie uit het zicht. Dat betekent ook dat de sociale contacten en controle steeds minder in staat zijn om de agressie te kanaliseren. Anderzijds is de menselijke behoefte om ergens bij te horen nog onverminderd groot en men zoekt nog steeds naar aansluiting bij groepen of groeperingen. De mate waarin mensen agressief gedrag vertonen wordt voor een aanzienlijk deel bepaald door de mate waarin ze zich verplicht voelen of de druk voelen zich te conformeren aan de groep waar ze bij (willen) horen. Met andere woorden: als in de groep waartoe men behoort agressief gedrag normaal is, zullen de groepsleden zich aan dit gedrag conformeren (denk aan hooligans, bendes) en als in de groep vreedzaam gedrag normaal is, zullen de groepsleden dat gedrag ook uitdragen.

Dit geldt in een wat andere vorm ook voor het gezin en de buurt waarin men opgroeit. Is daarbinnen agressief gedrag normaal, dan ontwikkelt men 'verkeerde' opvattingen

over agressie en een geweten dat te weinig remmende invloed heeft op agressief gedrag. Ook verwerft men zo niet de vaardigheden om meer adequate uiting te kunnen geven aan boosheid.

Ten slotte, de huidige maatschappij is erg gecompliceerd en kent ingewikkelde (vaak onoverzichtelijke) processen, regelingen en wetten. Ook dat kan machteloos en wantrouwend maken. Agressief gedrag kan dienen om nog enige regie te ervaren, en overzichtelijkheid en veiligheid te realiseren.

IEDEREEN KAN ZICH AGRESSIEF GEDRAGEN

Uit het bovenstaande valt onder meer af te leiden dat uiteindelijk ieder mens agressief kan worden als deze zich in voldoende mate getriggerd of gedwongen voelt. Daarvoor hoeft er geen sprake te zijn van een stoornis, verkeerde vrienden, moeilijke jeugd of middelengebruik, hoewel dit wel faciliteert. Alleen al wat zich op een bepaald moment afspeelt in iemands fysieke en sociale omgeving kan doorslaggevend zijn. Voelt men zich ernstig bedreigd ('jij of ik'), dan zal hij zeer waarschijnlijk met agressie reageren (of 'freeze'). Ook stevige sociale druk, al dan niet vermeend, kan 'gewone mensen' tot agressief gedrag brengen, zelfs in de volle overtuiging dat dit gerechtvaardigd is. De experimenten van Milgram (Vonk, 1999) en het Stanford Prison Experiment uit 1971 (Zimbardo, 2007) zijn hier voorbeelden van.

Van de andere kant: Mensen die wél een stoornis hebben met agressie als een van de symptomen, zijn niet op elk moment en op elke plek agressief. Met ander woorden: het is van groot belang om de context waarbinnen het geweld plaats heeft gevonden goed in beeld te hebben.

AFSLUITEND

We vinden in navolging van Bland en andere (2018) een genetische predispositie tot geweld als enige verklaring ervoor niet aannemelijk. Er is weliswaar een biologische basis,

maar al snel in het leven beïnvloeden ook psychologische en sociale factoren de mate en vorm van geweld. Op gegeven moment is de afzonderlijke invloed van deze factoren niet meer vast te stellen.

De hier gegeven verklaringen sluiten elkaar niet uit. Ze beklemtonen elk een ander aspect; zo gezien vullen ze elkaar aan, maar overlappen ook.

Het biopsychosociaal model is in het bovenstaande herkenbaar. Ook het Good Lives Model is hier terug te vinden, wel meer impliciet: agressie als uiting van in wezen legitieme en acceptabele menselijke behoeftes en verlangens, die zich om meerdere redenen in onacceptabel gedrag hebben geuit.

De context vormt in de genoemde theorieën een belangrijke factor: het kunnen factoren uit het verleden betreffen, zoals zwangerschapssituatie, opvoeding/verwaarlozing, gezin en buurt. Het kunnen factoren in het heden betreffen, zoals de subgroep waartoe men behoort en de maatschappelijk positie. En het kan gaan om factoren die op het moment zelf de agressie uitlokken (triggeren). Gezien het belang van de context is daar in het forensische veld ruime aandacht voor, zoals ook te zien aan de items van meerdere risicotaxatie-instrumenten.

Het verschil tussen instrumentele en impulsieve agressie vinden we om meerdere redenen belangrijk, omdat er andere mechanismen werkzaam zijn. Bij impulsieve (reactieve) agressie is er een gebrek aan zelfcontrole, misschien ook aan sociale vaardigheden. Bij instrumentele agressie is er wel zelfcontrole, en mogelijk beschikt men ook over sociale vaardigheden, maar worden deze niet ingezet wegens bijvoorbeeld een gebrekkige gewetensontwikkeling, een tekort aan empathie of cognitieve vervormingen. Dit verschil vraagt een ander behandelaanbod.

Het lijkt goed om bij het opstellen van de delicttheorie (hoofdstuk 9) de hier besproken verklaringen mee te nemen en bij de

indicatiestelling ook met het onderscheid tussen impulsieve en instrumentele agressie rekening te houden.

HOOFDSTUK 7

DE DOELGROEP NADER OMSCHREVEN

De meeste forensische poliklinieken hebben hun doelgroep onderverdeeld in subgroepen met min of meer dezelfde kenmerken of achtergrond. Op basis daarvan wordt hen vaak een (deels) afzonderlijk zorgprogramma of zorgpad aangeboden. Meestal is deze indeling op basis van type 'stoornis' volgens de DSM-5, sekse, (culturele) achtergrond of aard van het delictgedrag.

We onderscheiden in dit hoofdstuk enkele subdoelgroepen en we gaan kort in op de bruikbaarheid van dit onderscheid voor een delictpreventieve behandeling. In het hoofdstuk Behandelaanbod komt aan de orde welk aanbod we beschikbaar hebben.

7.1 VANUIT DE DSM-5

De zogeheten DSM-5 (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders; APA, 2014) is in de GGZ een bekend, veel gebruikt en op basis van regelgeving vaak ook een voorgeschreven classificatiesysteem voor psychiatrische en psychische problematiek. De DSM-5 classificeert vooral op basis van veelvoorkomende kenmerken of symptomen.

Geweld is bij enkele van in de DSM genoemde stoornissen een van de symptomen, bijvoorbeeld¹⁶ :

1. Bij een psychotische stoornis kan agressie een direct gevolg zijn van een zogeheten 'bevelshallucinaties', of van ongeremde hyperactiviteit.

¹⁶ Omwille van de leesbaarheid gebruiken we hier niet de letterlijke terminologie; deze is erg omslachtig.

2. Bij persoonlijkheidsstoornissen kan sprake zijn van impulsregulatieproblematiek, wat uit kan monden in agressief gedrag.

3. Bij sommige stoornissen wordt agressie niet als symptoom genoemd, maar werkt de problematiek wel drempelverlagend voor agressie-uitingen. Hier kan men denken aan diverse vormen van middelenmisbruik, aan een Lichte Verstandelijke Beperking, aan de impulsiviteit die voor ADHD kenmerkend is en aan de relatief plotselinge woede bij een autismespectrumstoornis (ASS) in geval van overprikkeling.

4. Een aantal DSM-5 stoornissen impliceert per definitie grensoverschrijdend gedrag, bijvoorbeeld kleptomanie, pyromanie en periodieke explosieve stoornis.

De DSM-5 is vooral te zien als een classificatiesysteem; het beschrijft vooral stoornissen maar geeft er nauwelijks verklaringen voor. Daarmee biedt het ook weinig handvatten voor een delictpreventieve behandeling. Wel zijn er op basis daarvan patiëntengroepen onderscheiden waarvoor vervolgens behandelingen zijn ontwikkeld.

Wat betreft gewelddadig gedrag weten we inmiddels dat een stoornis op zich meestal niet de enige oorzaak ervan is. Dit betekent dat behandeling van alleen de DSM-stoornis in de meeste gevallen delictpreventief gezien ontoereikend is, zie 'basiszorgprogramma' (EFP, 2018).

Desondanks onderscheiden we op basis van de DSM-5 binnen dit zorgprogramma twee subgroepen, de LVB-groep en de groep met persoonlijkheidsproblematiek. Deze groepen vormen een relatief groot deel van de patiëntengroep en dat rechtvaardigt gerichte behandelaandacht.

7.1.1 LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING

Het begrip Lichte Verstandelijke Beperking (LVB) wordt gebruikt als aanduiding voor een beperking in het leer- en

aanpassingsvermogen. Hoewel de beperking als 'licht' wordt aangeduid, kunnen de gevolgen ernstig zijn (Mulder e.a., 2015). Vooral het IQ (Intelligentie Quotiënt) was bepalend voor of men wel of niet LVB had. Volgens de DSM IV-TR (voorganger van de DSM-5) was men met een IQ van 71 - 85 'zwakbegaafd', zoals dat toen nog genoemd werd.

In de DSM-5 is het IQ-criterium losgelaten; het wordt daarin niet meer genoemd. Wel genoemde criteria zijn:

- tekorten, gebreken in intellectuele functies als redeneren, probleem-oplossen, planning en abstract denken;
- tekorten, gebreken in het adaptief functioneren waardoor betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke zelfstandigheid en sociale verantwoordelijkheid;
- genoemde tekorten en gebreken hebben hun begin in de ontwikkelingsperiode.

In de DSM-5 wordt de ernst van de verstandelijke beperking dus niet meer vastgesteld door het IQ, maar door de mate waarin genoemde beperkingen zich voordoen en tot problemen leiden

Mensen met een LVB kennen vaak moeilijkheden op het gebied van communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen, sociale en relationele vaardigheden, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen en veiligheid (De Beer, 2011). Een LVB wordt vaak in de kinderleeftijd tijdens het onderwijs ontdekt; er zijn problemen met en bij het leren. Eenmaal volwassen heeft dit invloed op het vinden van passend werk en blijkt het creëren van een sociaal netwerk ingewikkeld. Mensen met een LVB hebben daarom vaak een lage sociaal-economische status, een laag inkomen, slechte huisvesting en financiële problemen.

Deze doelgroep vraagt door haar kenmerken

om een aangepaste werkwijze. De mate waarin men behoefte heeft aan ondersteuning varieert en is deels afhankelijk van de leefomgeving, van het functioneren en van bijkomende problematiek zoals psychiatrische stoornissen (Zoon, 2012).

De Richtlijn Effectieve Interventies voor Jeugdigen met een LVB (De Wit e.a. 2011) geeft aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van interventies gericht op LVB-jeugdigen. We zijn van mening dat deze aanbevelingen ook bruikbaar zijn bij volwassenen met LVB. De Tender heeft een gericht aanbod voor deze LVB-groep en was ook betrokken bij de ontwikkeling van veel van de beschikbare interventies.

7.1.2 PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

Veel voorkomende persoonlijkheidsproblematiek in het ambulante forensische veld is borderline-problematiek, antisociale problematiek en vermijdende/ontwijkende problematiek; in mindere mate komt ook narcistische problematiek voor. Met name bij ernstige borderline en antisociale problematiek - wanneer gesproken kan worden van een persoonlijkheidsstoornis - moeten veel van de symptomen gezien worden als risicofactoren. Dat vraagt dus om gerichte behandelaandacht.

Maar ook als ernstige persoonlijkheidsproblematiek geen duidelijke risicofactor inhoudt, vormt het vaak wel een belemmering om van aangereikte inzichten en vaardigheden te kunnen profiteren (responsiviteit); ook dat kan gerichte behandelaandacht noodzakelijk maken. Op de eerste twee genoemde gaan we hieronder meer uitgebreid in. Vermijdende problematiek betreft vaak een minder hoge risicofactor (uitgezonderd bij veel zedendelicten) en behoeft daarom minder aandacht; soms is hier gerichtheid op de responsiviteit afdoende.

Er worden meestal vier therapieën aanbevolen

voor het (ambulant) behandelen van persoonlijkheidsstoornissen: De Dialectische Gedragstherapie (DGT), schematherapie ofwel Schemagerichte Therapie, Transference Focused Psychotherapie en Mentalization Based Treatment (MBT; zie Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen).

BORDERLINE-PROBLEMATIEK

Borderline-problematiek uit zich in emotionele instabiliteit met vaak heftige uitbarstingen van woede of wanhoop, en grote moeite deze te beheersen. Ook op andere gebieden vertoont men impulsief gedrag zoals suïcidaal gedrag, suïcidale neigingen of automutilatie. Verder heeft men een instabiel zelfbeeld met soms een groot wantrouwen; ook komen dissociatieve momenten voor. Relaties kenmerken zich door heftige dynamiek, waarbij patiënten een ander binnen erg korte tijd afwisselend extreem kunnen idealiseren en devalueren; relaties houden dan ook niet lang stand.

Linehan ziet borderline-problematiek als een stoornis van het emotieregulatiesysteem, wat toe te schrijven is aan een aangeboren hoge emotionele kwetsbaarheid. Naast deze kwetsbaarheid beschikken mensen met borderline-problematiek over onvoldoende emotieregulatievaardigheden. In combinatie met specifieke (ongunstige) omgevingsfactoren tijdens het opgroeien kan dit leiden tot een borderline persoonlijkheidsstoornis (Linehan, 2002, 2016a; 2016b; Van den Bosch, 2017).

Gezien de beschreven symptomen is het niet verrassend dat borderline-problematiek vaak tot grensoverschrijdingen in sociale interacties leidt. Bij borderline-problematiek worden vaak DGT en schematherapie ingezet; de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen spreekt hier ook lichte voorkeur voor uit. In de praktijk, en dat is ook onze ervaring, blijkt DGT uitermate geschikt om borderline-patiënten met zeer gebrekkige emotieregulatievaardigheden te behandelen. Wanneer deze

patiënten meer regie hebben over hun emotiehuishouding kan ook de voorkeur gegeven worden aan schematherapie, die wat meer aandacht besteedt aan verandering in de persoonlijkheid.

De Tender heeft de afgelopen jaren ruime expertise opgebouwd in het middels DGT behandelen van mensen met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis. Meer recent is schematherapie aan ons vaste aanbod toegevoegd. We bieden dus beide behandelvormen aan; in hoofdstuk 10, 'behandelaanbod', worden ze meer inhoudelijk beschreven.

ANTISOCIALE PROBLEMATIEK

Antisociale problematiek kenmerkt zich door een hardnekkig patroon van gebrek aan respect voor en schending van de rechten van anderen. Patiënten gedragen zich niet doelbewust en planmatig op deze wijze, ze zijn blijkbaar niet in staat zich aan sociale normen te conformeren; ze zijn impulsief, prikkelbaar, snel agressief en tonen weinig verantwoordelijkheid en berouw (DSM-5). Dit maakt antisociale persoonlijkheidsproblematiek per definitie een risico voor grensoverschrijdend gedrag. Eenduidige verklaringen voor het ontstaan ervan zijn er niet. Genoemd worden een wisselwerking tussen genetische factoren zoals een niet onderkende ADHD en de directe omgeving zoals een pedagogisch en affectief tekortschietend opvoedklimaat. Ook het sociaaleconomisch milieu waarin men verkeert heeft invloed.

In het forensische kenmerkte vooral de behandeling zich door agressieregulatietrainingen, inclusief sociale vaardigheden en morele educatie en/of door een zogeheten delictketen op te stellen plus een daarop gebaseerd preventieplan (Keulen-de Vos e.a.). Deze behandeling werd meestal groepsgewijs gegeven met op individueel niveau aanvullend maatwerk. De laatste jaren wordt er bij deze doelgroep steeds meer gebruik gemaakt van

'ARopMaat' en schematherapie; ook door De Tender. We komen hier in hoofdstuk 10 op terug.

7.2 VANUIT HET GEDRAG

Binnen de ruimere indeling naar de aard van het grensoverschrijdend gedrag in seksueel en gewelddadig, plaatsen we familiaal geweld onder het laatste. Per definitie (zie onder) valt ook seksueel grensoverschrijdend gedrag, gepleegd binnen de familie, onder familiaal geweld, maar gezien de specifieke aard geniet behandeling ervan binnen ons andere zorgprogramma de voorkeur ('Een kwestie van goede zeden', 2019).

7.2.1 FAMILIAAL GEWELD

Gezien de bijzondere kenmerken van en rond familiaal geweld, besteden we hier een aparte paragraaf aan. Familiaal geweld valt onder 'huiselijk geweld'. Huiselijke geweld wordt gedefinieerd als: "...geweld dat door iemand in de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd." Het kan daarbij gaan om lichamelijk en seksueel geweld en om psychisch geweld, zoals bedreiging en belaging ('stalking'). Huiselijk geweld kan de vorm aannemen van kindermishandeling en seksueel kindermisbruik, partner-relatiegeweld in alle denkbare verschijningsvormen en mishandeling of verwaarlozing van ouderen (Ministerie van Justitie, 2005).

Deze definitie uit 2005 geldt nog steeds, hoewel soms een iets andere formulering gebruikt wordt. Van belang hierbij is dat het niet gaat om de plek waar het geweld plaats heeft (huis), maar om het feit dat er een relatie is tussen pleger en slachtoffer (huiselijke kring); men kent elkaar in meer of mindere mate. De vorm en de ernst van het huiselijk geweld en het 'type' of de persoonlijkheid van pleger of slachtoffer speelt in deze definitie geen rol.

Huiselijk geweld kent dus een grote variatie

in uitingvormen. Het kan verbaal geweld betreffen (dreigen), fysiek geweld (slaan) of andersoortig geweld (stalken van of brandstichting bij ex-partner). Het geweld kan worden gepleegd door een grote variatie aan plegers: Het kan de echtgenoot zijn, het kind, de ouder, de tante, de ex-partner, de buurman, de huisvriend, de oppas en ga zo maar door. Andersom: het slachtoffer kan de echtgenoot zijn, het kind, de ouder, de neef, de tante, de ex-partner, de huisvriend, de oppas en ga zo maar door. De motieven en context variëren ook sterk. Bijvoorbeeld: men wil domineren, men is een wanhopige mantelzorger die te hardhandig helpt, een verslaafde puber die thuis geld eist of een ex-partner die op wraak uit is. Slachtoffers kunnen weerloze kinderen of ouderen zijn, maar ook mensen die zich krachtig opstelden.

Bij huiselijk geweld is er per definitie sprake van een relatie tussen pleger en slachtoffer. 'Relatie' is hier een ruim begrip. Deze kan intensief en emotioneel zijn, zoals bij een echtpaar dat zes jaar getrouwd is, maar ook nauwelijks bestaan, zoals soms bij eerwraak. Een relatie kan redelijk gelijkwaardig zijn, zoals bij een echtpaar voor wie ruziemaken een gebruikelijk omgangspatroon is geworden, maar kan ook ongelijkwaardig zijn, zoals bij de vader die zijn alsmaar huilend kind mishandelt. Hoe het ook zij, er is een wisselwerking tussen pleger en slachtoffer.

Dit alles betekent dat huiselijk geweld een gecompliceerde zaak is waarvoor geen uniforme aanpak te ontwikkelen is. In elk afzonderlijk geval moet er gekeken worden hoe het geweld is ontstaan, wie erbij betrokken zijn en wat hier een passend aanbod kan zijn. Maar overeenkomstig is dat er een wisselwerking is tussen de betrokkenen die tot escalatie kan leiden. Het is daarom van belang deze wisselwerking in kaart te brengen en op basis daarvan te (be)handelen.

In geval de patiënt(e) kinderen of stiefkinderen heeft wordt aan hun situatie bijzondere

aandacht besteed, te beginnen bij de intake. Zo nodig en mogelijk wordt er gebruik gemaakt van de 'Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling' die ook de 'kindcheck' omvat en het bijhorende 'Stappenplan verbeterde meldcode'¹⁷. Mede op basis hiervan kan vervolgsbeleid worden uitgezet. In geval van familiaal geweld, in het bijzonder 'relationeel geweld' (geweld tussen partners), worden er vaak twee subgroepen van plegers onderscheiden: Zij die niet alleen in de thuissituatie maar ook op andere terreinen gewelddadig zijn, en zij die dat alleen in de thuissituatie zijn, waarbij het geweld vaak relatief minder ernstig is. De eersten zijn kort gezegd meer antisociaal en impulsief, de tweeden zijn meer vermijdend, 'binnenvetters'. Beide groepen hebben een verschillende behandeling nodig (Hornsveld, 2017).

Een ander onderscheid dat gemaakt wordt is tussen relationeel geweld als (voorlopig) sluitpunt van een escalerende ruzie en 'intiem terrorisme', waarbij de ene partner de andere structureel onderdrukt. (Groen en Van Lawick, 2013). De grootte van deze laatste groep plegers lijkt beperkt maar komt mogelijk onvoldoende in beeld (WODC, 2019-1).

Bij behandeling moet rekening gehouden worden met de wens of bedoeling dat het paar of gezin - al dan niet op termijn - samen verder wil. Dan is het van belang binnen de behandeling gerichte aandacht te hebben voor de onderlinge wisselwerking en ieders aandeel. De zogeheten systeemtheorie biedt de theoretische kaders om inzichtelijk te maken wat zich binnen een partner- of gezinssysteem afspeelt en heeft ook behandelmethoden om daarin gewenste veranderingen te bewerkstelligen. In hoofdstuk 10 beschrijven we hoe we als De Tender hieraan uitvoering geven.

7.3 SPECIFIEKE SUBDOELGROEPEN

Hieronder beschrijven we een paar subdoelgroepen die bijzondere aandacht

¹⁷ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/huiselijk-geweld/meldcode>

verdienen of deze in de toekomst dienen te krijgen. Gedurende de periode dat we dit zorgprogramma schreven waren we doende voor enkele ervan een specifiek aanbod te ontwikkelen of te verwerven. Voor anderen is dat mogelijk op termijn aan de orde, op basis van bijvoorbeeld nieuwe aanmeldstromen.

7.3.1 SEKSE

De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor vrouwen die gewelddadig gedrag tonen. Desondanks lijkt er nog steeds sprake te zijn van een zogenoemde gender gap, waarmee bedoeld wordt dat in de criminaliteitscijfers mannen duidelijk meer zichtbaar zijn dan vrouwen (Wong, Blom & van der Laan, 2012). Wel wordt dit verschil geleidelijk kleiner; sinds een aantal jaren is het geweld gepleegd door vrouwen toegenomen (Van der Laan e.a., 2010). Andersom, het aandeel van mannen in de criminaliteitscijfers zou zijn afgenomen (Decoene, 2016).

Uit de studie van De Vogel en andere komt naar voren dat vrouwen vaak veroordeeld zijn voor brandstichting en levensdelicten, en dat bij hen vaker sprake is van trauma's als gevolg van seksueel misbruik. Veel vrouwen hebben daarnaast een geschiedenis van een aan middelen gebonden stoornis (De Vogel e.a., 2014). Tijdens klinische behandelingen is gebleken dat er andere kwesties van belang zijn dan bij mannen: vrouwen vertonen meer indirect, soms als 'manipulatief' omschreven gedrag, meer zelfdestructief gedrag en meer geweld naar anderen. Wij verwachten dat deze zaken ook in een ambulante setting zichtbaar zijn maar daar een minder grote rol spelen.

Onderzoek laat zien dat bij geweld door vrouwen vaak andere motieven gelden dan bij mannen. Deze liggen bij vrouwen vaker in de relationele sfeer; er is bijvoorbeeld sprake van jaloezie en wraak. Geweld door vrouwen is doorgaans ook minder zichtbaar en speelt zich vaker binnenshuis af. Veel risicotaxatie-instrumenten hebben

onvoldoende voorspellende waarde bij vrouwen. Uit onderzoek bleek dat de central eight risicofactoren ook voor vrouwen gelden (Andrews e.a., 2012; Decoene). Deze factoren worden dus als geslachtsneutraal gezien; ze voorspellen zowel bij mannen als vrouwen delictgedrag even nauwkeurig. De FARE, door ons standaard ingezet, wordt daarom ook bruikbaar geacht voor toepassing bij vrouwen. Anderzijds is ook gezien dat sommige risicofactoren een sterkere voorspellende waarde hebben bij vrouwen dan bij mannen, zoals eerdere mishandeling, trauma's en problemen binnen intieme relaties (Bottos, 2007; Odgers e.a. 2005). Dit vraagt verder onderzoek; misschien is de FARE hiervoor toch niet fijnmazig genoeg. Wil men een meer verfijnde meting bij deze groep, dan kan ook gebruik worden gemaakt van instrumenten die primair ontwikkeld zijn voor vrouwelijke plegers van geweld, zoals de Female Additional Manual (FAM; De Vogel e.a., 2012) of de Spousal Assault Risk Assessment guide (SARA; Kropp e.a., 1999).

We hebben als De Tender (nog) geen specifiek aanbod voor vrouwen; in de bejegening (responsiviteit) wordt wel degelijk met het bovenstaande rekening gehouden.

7.3.2 CULTURELE ACHTERGROND

De forensisch psychiatrische populatie bestaat inmiddels voor 27 procent uit personen met een ander geboorteland dan Nederland (DJI, 2017). Cijfers over alleen het ambulante veld zijn ons niet bekend. We zien dat voor De Tender deze cijfers lager liggen, maar we zien ook dat de aantallen toenemen. Alleen al om die reden vinden we het belangrijk om ook aan deze subdoelgroep aandacht te besteden. Voor goede diagnostiek en behandeling is het van belang om de culturele context van een patiënt te begrijpen (APA, 2014).

Cultuur verwijst naar impliciete waarden en normen, attitudes en overtuigingen die men van huis uit meekrijgt en die van generatie

op generatie worden doorgegeven. Cultuur bepaalt hoe men tegen de wereld aan kijkt, wat men als 'normaal' beschouwt en hoe men zich derhalve gedraagt. Zo bestaat er binnen veel culturen een geheel andere omgang en rolverdeling tussen mannen en vrouwen dan binnen de westerse cultuur. En soms is het herstel van de geschonden familie-eer (eerwraak) een hoger goed dan iemands persoonlijke integriteit ('wij' is belangrijker dan 'ik'). Cultuur bepaalt ook de wijze waarop men tegen psychische problematiek aankijkt. Zo kunnen psychische problematiek en dus ook geestelijke gezondheidszorg taboe zijn en daardoor minder goed bespreekbaar. Tevens bepaalt cultuur de wijze waarop men zich uitdrukt, ook met betrekking tot psychische problematiek. Zo kunnen somatische klachten een uiting zijn van een onderliggend psychisch probleem.

Meer algemeen geformuleerd: gedrag, dus ook grensoverschrijdend gedrag, vindt plaats binnen een culturele context (Aggarwal, 2012; Kirmayer e.a., 2007). Aandacht hebben voor en kennis hebben van de culturele achtergrond van een patiënt is daarom belangrijk voor het begrijpen en verklaren van dit gedrag. Dit betekent ook dat men patiënten met een niet-westerse culturele achtergrond niet alleen op de gebruikelijke, westerse wijze dient te behandelen; noch wat betreft intakeprocedures, diagnostisch instrumentarium en behandelaanbod, noch wat betreft bejegening. Doet men dat wel, dan kan dat leiden tot misverstanden, conflicten of ongemak tussen therapeut en patiënt. Hier ligt echter wel een spanningsveld: er dient een balans te zijn tussen enerzijds respect voor de cultuur van de patiënt en anderzijds respect van de patiënt voor de normen en waarden en de wet- en regelgeving van het land waarin deze woont, in casu Nederland. Een delictpreventieve behandeling vraagt namelijk per definitie dat men zich voegt naar de geldende wet- en regelgeving (in Nederland).

Ten slotte, het is bij deze doelgroep van

belang te beseffen dat velen van hen een levens- of bestaansbedreigende situatie zijn ontvlucht, vaak met medeneming van traumatische ervaringen. Daarom is het ook belangrijk om enige kennis te hebben van hun geschiedenis. Bijvoorbeeld: waar speelde de oorlog zich af, hoe lang duurde deze en welke bevolkingsgroepen stonden er tegenover elkaar?

Culturele diversiteit in het behandelteam zal helpen om een passende bejegening te vinden. Als De Tender hebben we momenteel nog niet voldoende in huis om deze groeiende doelgroep goed te bedienen.

7.3.3 OVERIG SUBDOELGROEPEN

Op basis van bijvoorbeeld de aanmeldstromen of nieuwe behandelinzichten, zullen we mogelijk in de nabije toekomst ook voor nog andere subdoelgroepen een aanbod ontwikkelen. Bijvoorbeeld voor:

- Geradicaliseerde mensen: Voor mensen met extreme denkwijzen en uitingen ervan (op internet bijvoorbeeld), en een geringe aanspreekbaarheid daarop kan men modules ontwikkelen gericht op de-radicalisering. Er bestaan voor deze doelgroep inmiddels al een aantal goed doordachte modules¹⁸. Voldoende bewijs voor effectiviteit ervan is er niet, maar dat kan ook nog niet.
- Brandstichters: In het verleden zijn er in opdracht van het KFZ onderzoeken gedaan en publicaties uitgegeven over specifieke doelgroepen zoals brandstichters. Wanneer we een aanbod voor deze groep wenselijk vinden kunnen we hierop terugvallen (<https://kfz.nl/resultaten/call-2014-23>).
- Autismespectrumproblematiek: Ook wat dit betreft zijn er ontwikkelingen waarbij we te zijner tijd kunnen aansluiten. Zie bijvoorbeeld het KFZ-product 'Diagnose en delictgevaar bij volwassenen met ASS' (<https://kfz.nl/resultaten/call-2013-12>).

Ten slotte: Qua dynamiek, achtergrond of persoonlijkheidskenmerken, kan een

¹⁸ Zie voor een voorbeeld: <https://www.deforensischezorgspecialisten.nl/files/pro-zorg1489666213c38e84e3.pdf>.

individuele patiënt tot meerdere van bovenbeschreven subgroepen behoren. Anders gezegd: deze subgroepen overlappen elkaar ook. Voor de behandeling betekent dit dat een (eventueel) zorgaanbod geen gesloten route of zorgpad moet zijn; men moet toegang houden tot andere onderdelen van het zorgprogramma op grond van individuele behoefte.

Verder is van belang om bij de subgroepen voor wie we nog geen gericht aanbod hebben, aandacht te houden voor de responsiviteit: Wat we beschikbaar hebben, bieden we aan in een bij de unieke patiënt (en groep) passende vorm en met passende bejegening.

HOOFDSTUK 8

TOELATINGS- CRITERIA

Forensisch ambulante behandeling is niet voor elke patiënt geschikt; niet elke patiënt kan baat hebben bij een forensisch ambulante behandeling. De Tender / Transfore hanteert daarom enkele toelatings- dan wel uitsluitingscriteria. Ze wijken in grote lijnen niet af van andere poliklinieken.

LEEFTIJDGREN

De Tender richt zich op de leeftijdsgroep van 18 jaar en ouder. Deze leeftijdsgrens is vooral historisch bepaald: Hulpverlening aan jeugd kende en kent een andere financiering en wetgeving. De Tender heeft nooit onder deze regelgeving gevallen en daarmee ook weinig expertise op dit terrein verworven. Inhoudelijk gezien is deze leeftijdsgrens wat arbitrair; de problematiek van een 17-jarige verandert niet wanneer deze 18 is geworden. Sommige poliklinieken hanteren dan ook andere grenzen, en richten zich op adolescenten tot bijvoorbeeld 25 jaar.

ERNSTIGE ACTUELE PSYCHOSEN

Wanneer het (dreigend) delictgedrag direct

te koppelen is aan een psychose, denk aan het uitvoering geven aan indringende bevelshallucinaties, dan is een behandeling puur gericht op de psychiatrische stoornis vaak afdoende. Niet-forensische ambulante GGZ-instellingen of klinische voorzieningen zijn in het algemeen beter in het behandelen van psychoses dan een forensische polikliniek. Wanneer naast de psychose nog andere forensische risicofactoren aanwezig zijn, kan een forensische polikliniek zich daarop richten. Ook een co-productie kan dan een goede zaak zijn, bijvoorbeeld bij een patiënt met een acute psychose en met tevens antisociale attitudes die het grensoverschrijdende gedrag faciliteren.

ERNSTIGE VERSLAVING

Als de patiënt zo verslaafd is, dat zijn focus geheel gericht is op het verwerven en gebruiken van middelen, dan komt hij niet toe aan een delictpreventieve behandeling. Eerst dient de verslaving onder controle te zijn. Als dat het geval is en deze niet meer het hele leven beheerst, kan een polikliniek zoals De Tender zich richten op de (overige) forensische risicofactoren, en daarbij ook het verslavingsgedrag monitoren.

Een forensische verslavingspolikliniek heeft op dit terrein meer expertise en zal dan ook zwaardere verslavingsproblematiek aankunnen.

ACUUT GEVAAR

Er dient bij de aanmelding geen ernstig acuut gevaar van de aangemelde patiënt uit te gaan. Wanneer dit gevaarsrisico zo hoog is, dan is een intakeprocedure of behandeling niet mogelijk.

Dan dient dit eerst voldoende onder controle te zijn, zodanig dat er afspraken zijn te maken over de veiligheid op de iets langere termijn. Een polikliniek is niet toegerust voor het bieden van fysieke veiligheid: Het gebouw kent geen gesloten afdelingen, er is geen veiligheidsteam en juridisch heeft men niet het recht om mensen vast te houden. Andere instanties, zoals de politie, komen hiervoor

eerder in aanmerking.

ERNSTIGE VERSTANDELIJKE BEPERKING

Een behandelaanbod is doorgaans 'talig' en vraagt meestal het vermogen tot reflectie, ofwel enig abstractievermogen. De meeste poliklinieken hebben wel een aanbod voor patiënten met een LVB. Maar een aanbod voor patiënten die op een veel lager niveau functioneren, vraagt een andere expertise dan forensische poliklinieken over het algemeen in huis hebben. Wel zal een polikliniek die zich nadrukkelijk (ook) richt op LVB-patiënten meer van deze problematiek aankunnen.

BEHEERSING NEDERLANDSE TAAL

Wanneer een patiënt de Nederlandse taal niet enigszins beheerst, is het beschikbare aanbod erg beperkt; soms te beperkt om de aanmelding te accepteren. Met acceptatie geven we immers de suggestie dat we een goede behandeling kunnen bieden. De inzet van tolken kan dit bezwaar slechts gedeeltelijk wegnemen. De aanwezigheid van een tolk, al dan niet telefonisch of via beeldbellen, kan de opbouw van een behandelrelatie tussen behandelaar en patiënt belemmeren en het beperkt ook de keuze van de in te zetten middelen (rollenspel, groepstherapie en dergelijke). Bovendien brengt de inzet van tolken organisatorische en financiële problemen met zich mee.

BED, BAD EN BROOD MOET GEREGELD ZIJN

Een patiënt die niet weet of hij die dag te eten heeft of waar hij die avond kan slapen, is niet toe aan een delictpreventieve behandeling. Wanneer het perspectief is dat deze zaken op korte termijn geregeld kunnen worden is acceptatie te overwegen, dan kan allereerst Maatschappelijk Werk of For-FACT op deze levensgebieden ingezet worden. Patiënten zonder justitiële titel die niet verzekerd zijn, worden als regel niet geaccepteerd, hoewel een start middels 'bemoeizorg' een mogelijkheid is.

We willen erop wijzen dat het hier gaat om relatieve contra-indicaties. Er komen individuele uitzondering voor, bijvoorbeeld wanneer er een appèl op De Tender gedaan wordt om hoge nood te lenigen, waarbij dan 'beter iets dan niets' een verdedigbare keuze is. Met de veranderende maatschappij verandert ook het beroep dat op ons wordt gedaan. We zullen daarin onze weg moeten vinden en misschien andere criteria moeten gaan hanteren en/of andere behandelvormen verwerven. De inschatting is dat 90% van onze patiënten aan de bovenstaande criteria voldoet.

HOOFDSTUK 9

BEHANDEL ORGANISATIE

In dit hoofdstuk beschrijven we het volledige behandeltraject: Van voortraject en aanmelding, intake en indicatiestelling, behandeling en afronding ervan en eventuele nazorg. We volgen hiermee de route die de patiënt aflegt, ook omschreven als 'the patiënt journey'. Hierbij van belang zijn ook de 'treeknormen', de doorstroomsnelheid en de eisen die in het Model Kwaliteitsstatuut zijn geformuleerd, zoals de betrokkenheid van een regiebehandelaar. Zie bijlage voor een schematische weergave van the patiënt journey, zoals deze ook door ons wordt gevolgd.

9.1 VOORTRAJECT EN AANMELDING

DE VERWIJZING

Voor alle patiënten van De Tender geldt dat ze alleen kunnen worden aangemeld door een bevoegd verwijzer. De reclassering kan verwijzen wanneer er behandeling gevraagd wordt op basis van een justitiële titel. Zo'n verwijzing wordt gedaan via het Informatiesysteem Forensische Zorg (IFZo).

Als de patiënt onder de zorgverzekeringswet valt wordt deze verwezen door de huisarts (meest voorkomend), door een andere medisch specialist of, wanneer hij elders in de GGZ in behandeling is, door zijn regiebehandelaar.

Informatie zoals behandelgeschiedenis, adviesrapportage van de reclassering en wanneer aanwezig Pro Justitia rapportage en processen-verbaal, kan van nut zijn bij de indicatiestelling en behandeling. Voor deze informatieverstrekking dient de patiënt toestemming te geven¹⁹.

Bij elke aanmelding wordt een verwijfsreden gegeven, ook 'hulpvraag' genoemd. In deze hulpvraag dient een forensische indicatie

Ten behoeve van patiënten en verwijzers staat er op de website van Transfore duidelijke en actuele informatie over de wachttijden en eventuele wachtlijsten met bij dat laatste adviezen over alternatieven. Hierbij worden de zogeheten 'treeknormen' gemeld; deze stellen grenzen aan de wachttijden. Zie de [website van NZA](#).

AANMELDPROCEDURE

Een aanmelding bij De Tender wordt door een inhoudelijk medewerker gescreend. Hierbij wordt bekeken of deze aan de formele eisen voldoet, of er een forensische indicatie is, of er contra-indicaties zijn voor een ambulante behandeling en of er aanvullende informatie moet worden opgevraagd. Er wordt een regiebehandelaar toegewezen, zoals voorgeschreven door het Model Kwaliteitsstatuut. Na deze screening en toelating wordt de patiënt uitgenodigd voor de intake.

9.2 INTAKE, RISICOTAXATIE, DELICTANALYSE

De intake bij De Tender bestaat uit één of zo nodig meerdere gesprekken met de patiënt en eventueel met belangrijke anderen, zoals een ouder of partner. Afname van een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument is een vast onderdeel. Het doel van de intake is

het vergaren van informatie over eventuele psychische en psychiatrische problematiek, over het functioneren op de verschillende levensgebieden en over de persoonlijke ontwikkeling en de levensloop (gezin van herkomst, school- en beroeps carrière, eerdere hulpverlening en dergelijke). Ook het gespreksverloop en de verkregen 'gespreksindrukken' kunnen informatief zijn, deze worden daarom kort beschreven. Conform het RNR-model en het GLM richt de intake zich niet enkel op het in beeld brengen van eventuele psychische stoornissen, maar veeleer op het verkrijgen van zicht op alle factoren die een rol spelen in de aanloop naar het grensoverschrijdend gedrag; een stoornis kan er één van zijn. Deze worden mede met hulp van de risicotaxatie in kaart gebracht middels een delictanalyse (zie hieronder).

DE HULPVRAAG

Het is goed om bij of na de intake ook stil te staan bij de vraag die er aan De Tender wordt gesteld: Hoe luidt die letterlijk, wie heeft deze geformuleerd en hoe is deze ontstaan? Ofwel, wat is de context waarbinnen deze geformuleerd is? De letterlijke hulpvraag is nogal eens een andere dan de feitelijke. Zeker in het forensische veld is degene die aangemeld wordt vaak niet de enige of niet de eigenlijke hulpvrager. Er zijn (ook) anderen die wat van ons vragen. De partner van een patiënt kan vragen dat haar man zich thuis niet meer agressief gedraagt, Veilig Thuis kan vragen om waarborging van de veiligheid in de thuissituatie, de gemeente kan vragen dat de patiënt geen arbeidsconflicten meer aangaat, een RIBW kan vragen dat hun bewoner zich niet meer met agressie verzet tegen de huisregels. In geval de reclassering de verwijzer is vraagt deze, namens de maatschappij, om ervoor te zorgen dat de patiënt geen risico meer vormt, liefst vóór afloop van de maatregel. Ook als een patiënt zich op eigen initiatief meldt, vraagt hij niet altijd om zelfverkenning of om veranderingen bij zichzelf. Zijn probleem betreft nogal eens dat anderen hebben aangeven dat hij tot

¹⁹ Hierop bestaan enkele wettelijke uitzonderingen; het is in dit kader niet nodig deze te bespreken.

last is. Of hij heeft een verzoek en verwacht dat daar snel aan wordt voldaan. Hij wil bijvoorbeeld een verklaring dat hij wél voor zijn kinderen kan zorgen, of dat hij niet in staat is op een bepaalde plek te werken.

Er kunnen dus bij een en dezelfde aanmelding verschillende hulpvragen voorkomen en dus ook uiteenlopende verwachtingen. Om goed uit de startblokken te komen is het dan van belang deze bijtijds helder te krijgen, te bespreken in hoeverre ze haalbaar zijn en hoe men hierin met elkaar afstemt.

RISICOTAXATIE

Het risicotaxatie-instrument dat met ingang van 1 januari 2019 door het gehele forensische ambulante veld wordt gebruikt, is de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). De Tender gebruikt de FARE al sinds 2018 als risicotaxatie-instrument, en ook als ROM-instrument, ten behoeve van behandel-evaluatie en de zogeheten benchmarking²⁰.

De FARE bestaat uit 6 statische en 11 dynamische risicofactoren, die uit wetenschappelijk onderzoek naar voren kwamen als de sterkste voorspellers voor algemene en gewelddadige recidive voor patiënten van de ambulante forensische GGZ; in figuur 9.2 staan ze genoemd (Van Horn e.a., 2016b). De FARE komt tegemoet aan de bezwaren die kleven aan het gebruik in het ambulante veld van instrumenten die ontwikkeld zijn voor en op basis van de klinische praktijk. [Zie website FARE](#)

Naast de FARE bestaan er tal van andere risicotaxatie-instrumenten; sommige ervan zijn gericht op een specifieke subdoelgroep of probleemgebied. Bij (mogelijke) plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag nemen we ter inschatting van het toekomstig risico de Static-Stable-Acute af (SSA; Smid, e.a., 2014).

Bij voorkeur worden binnen de intakeprocedure ook de zogeheten

‘beschermende factoren’ in kaart gebracht. Dat kan met de Short Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster e.a., 2009) en de Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF; De Vogel e.a., 2012). Binnen De Tender wordt deze of soortgelijke instrumenten niet standaard afgenomen; we inventariseren de beschermende factoren vanuit de beschikbare intake-informatie.

TABEL 9.1 ITEMS VAN DE FARE

Statische risicofactoren

- S1 Leeftijd eerste politiecontact
- S2 Aantal eerdere en huidige veroordelingen
- S3 Diversiteit (dreigend) delictgedrag
- S4 Regel overtredend gedrag in het verleden
- S5 Instabiliteit opleiding/werk in het verleden
- S6 Problematisch middelengebruik in het verleden

Dynamische risicofactoren

- D1 Disfunctioneren opleiding/werk
- D2 Financieel wanbeleid
- D3 Delinquent sociaal netwerk
- D4 Beperkte vrijetijdsbesteding
- D5 Problematische (ex-)partnerrelatie
- D6 Instabiliteit woonsituatie
- D7 Problematisch middelengebruik
- D8 Gebrekkige impulsbeheersing
- D9 Disfunctionele oplossingsvaardigheden
- D10 Antisociale houding
- D11 Regelovertredend gedrag

Door inventarisatie en medeweging van deze beschermende factoren wordt de inschatting van toekomstig grensoverschrijdend gedrag meer evenwichtig en krijgt de behandeling meer inhoudelijke richting. Zo is meer maatwerk mogelijk (behoefteprincipe). Voor meer informatie over beschermende factoren verwijzen we naar het basiszorgprogramma van het EFP (2017, <https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma>).

²⁰ Benchmarking is systematisch onderzoek naar de prestaties en de onderliggende processen en methoden van een of meer leidende referentie-organisaties op een bepaald gebied, en de vergelijking van de eigen prestaties en werkmethode met deze “best practice”, met als doel om de eigen prestaties te plaatsen en te verbeteren (Camp, 1989).

Bij (mogelijke) plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag nemen we ter inschatting van het toekomstig risico de Static-Stable-Acute af (SSA; Smid e.a., 2014). De SSA is een combinatie van statische en dynamische instrumenten voor het inschatten van het risico van toekomstig seksueel en gewelddadig delictgedrag bij zedenplegers. De SSA-combinatie kan gebruikt worden om beslissingen te nemen omtrent behandeltoewijzing of het bepalen van intensiteit van toezicht en begeleiding bij terugkeer in de samenleving. Daarnaast is de SSA-combinatie van waarde bij het bepalen van behandeldoelen en het evalueren van vooruitgang in de behandeling.

De Static-99(R) is wereldwijd het meest gebruikte instrument voor het inschatten van recidiverisico bij plegers. Het meet de statische risicofactoren bij seksueel grensoverschrijdend gedrag die onveranderbaar en historisch van aard zijn, zoals eerdere veroordeling(en) en kenmerken van het slachtoffer. De Stable-2007/Acute-2007 combinatie is, van de beschikbare dynamische risicotaxatie-instrumenten voor zedenplegers, de best onderbouwde en gevalideerde. Bij de Stable worden de stabiel dynamische risicofactoren gemeten zoals persoonlijkheidskenmerken, aangeleerde gedragspatronen of vaardigheidstekorten die samenhangen met de kans op seksuele recidive. Met de Acute kunnen de acute dynamische risicofactoren in kaart worden gebracht. Dit zijn factoren die relatief snel kunnen veranderen, als gevolg van intrapsychische factoren of (ingrijpende) gebeurtenissen in de omgeving, zoals seksuele preoccupatie, middelenmisbruik en emotionele inzinking.

DELICTANALYSE EN DELICTTHEORIE²¹

Op basis van dossierinformatie, de informatie uit de intakegesprekken en de uitkomsten van de risicotaxatie (FARE), wordt een ordening gemaakt van factoren die een rol (kunnen) hebben in het grensoverschrijdend gedrag. We noemen dit de 'delictanalyse'. Op basis

van deze delictanalyse worden er vervolgens een (of meerdere) hypothesen geformuleerd over de samenhang tussen deze factoren onderling en met het delictgedrag; zo'n hypothese wordt de 'delicttheorie' genoemd. In deze fase van het traject betreft het vaak nog een voorlopige analyse en theorie. In de loop van het traject worden ze zo nodig verder uitgewerkt en verfijnd, bijvoorbeeld op basis van de uitkomsten van eventueel aanvullend onderzoek en/of op basis van het verloop van de behandeling. In het geval dat er een nog onvoldoende helder beeld is om tot een indicatiestelling over te kunnen gaan, wordt er ook wel voor gekozen om te starten met een uitgebreidere delictanalyse, bestaande uit ongeveer 10 sessies.

Bij de delictanalyse volgen we de landelijke standaard van het KFZ-product 'De delictanalyse in de forensische zorg' (Vrinten e.a., 2015; <https://kfz.nl/resultaten/call-2013-11>). We maken binnen het ambulante veld gebruik van een verkorte variant, dit in afstemming met de Waag.

MDO-INTAKE:

Na de intakegesprekken maakt de intaker op basis van de verkregen informatie een intakeverslag, volgens een vaststaand format. Daaruit moet onder meer blijken of de patiënt aan de toelatingscriteria voldoet en deze omvat ook een eerste delictanalyse en delicttheorie. Onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar worden de delictanalyse en delicttheorie in een multidisciplinair overleg (MDO) besproken en zo mogelijk aangescherpt. Op basis hiervan vindt indicatiestelling plaats, in beginsel op basis van consensus. Wanneer nodig wordt dan ook een andere regiebehandelaar toegewezen.

ADVISERING:

Na het MDO-intake volgt een adviesgesprek met de patiënt, bij voorkeur samen met de verwijzer en/of belangrijke anderen zoals partner of een instelling. In dit adviesgesprek worden de delicttheorie, de geadviseerde

²¹ Tegemoetkomend aan de wens tot meer uniform taalgebruik worden de begrippen 'delictanalyse' en 'delicttheorie' hier ook gebruikt als er in juridische zin geen delict gepleegd is, en er feitelijk enkel sprake is van (dreigend) grensoverschrijdend gedrag.

behandeling en de daarvan te verwachten effecten uitgelegd en besproken. Het streven hierbij is overeenstemming met de patiënt over de problematiek en het behandeladvies. Vervolgens wordt er op korte termijn een al dan niet voorlopig behandelplan opgesteld met concrete doelen, dat weer met de patiënt wordt besproken en liefst ook door hem wordt ondertekend. Instemming van en samenwerking met de patiënt zijn hierbij van groot belang, omdat dit de motivatie en de werkrelatie ten goede komt. Het shared decision making is hierin terug te zien. Vervolgens wordt onder verantwoording van de regiebehandelaar het behandelplan in werking gezet. Niet zelden is er aanvullend onderzoek nodig om een goede start te kunnen maken. Het eerste behandelplan is dan een voorlopig plan, waarin ook beschreven wordt dat er nog onderzoek plaatsvindt.

9.3 AANVULLEND ONDERZOEK

Om zowel inhoudelijke als praktische redenen heeft aanvullend onderzoek vaak niet direct na de intakebespreking plaats. Inhoudelijk niet omdat voor veel onderzoeken een patiënt zich voldoende vertrouwd en veilig moet voelen om betrouwbare antwoorden te krijgen. En praktisch niet omdat de benodigde onderzoekscapaciteit niet altijd direct beschikbaar is; en wachten met behandelen tot al de onderzoeksresultaten binnen zijn is vaak niet wenselijk, noch gezien het welzijn van de patiënt, noch gezien de veiligheid. Aanvullend onderzoek kan dus zowel deel uitmaken van de intakefase als van de behandelfase. Van belang voor aanvullend onderzoek is:

PSYCHOLOGISCHE TESTDIAGNOSTIEK

Bij testdiagnostisch onderzoek kan het gaan om intelligentieonderzoek, persoonlijkheidsonderzoek, neuropsychologisch onderzoek en/of onderzoek naar de aanwezigheid van specifieke stoornissen zoals autismespectrumstoornis (ASS), posttraumatische stressstoornis (PTSS) of

een aandachttekort- hyperactiviteitsstoornis (ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Wanneer we zelf niet over het instrumentarium beschikken verwijzen we hiervoor door.

HETEROANAMNESE

Een heteroanamnese betreft een gesprek (met en) over de aangemelde patiënt met een belangrijke ander uit diens omgeving, bijvoorbeeld een ouder of partner, met het oogmerk informatie te krijgen die de patiënt zelf niet (meer) kan geven. Denk daarbij aan het verloop van geboorte en eerste levensjaren of aan gedrag tijdens een psychose.

SYSTEEMTAXATIE

Met een systeemtaxatie wordt het netwerk van gezin, familie en soms ook andere intimi, tezamen vaak 'systeem' genoemd, in kaart gebracht. Op basis daarvan wordt ook getaxeerd (systeemtaxatie):

- Of dit netwerk een rol speelt in het recidiverisico (bijvoorbeeld als een patiënt uit een criminele familie komt).
 - Wat de sterke kanten van dit systeem zijn.
- Op basis van deze inschattingen kan men bepalen of en hoe personen uit het (familie) netwerk bij de behandeling betrokken kunnen worden.

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIEK

Diagnostisch onderzoek door een psychiater kan worden ingezet bij complexe vraagstukken waarbij bijvoorbeeld ernstige psychiatrische aandoeningen, medische aandoeningen en/of medicatiegebruik aan de orde zijn of worden vermoed. Wanneer deze vermoedens ten tijde van de aanmelding al sterk aanwezig zijn, is het raadzaam en efficiënt een psychiater direct al bij de intake te betrekken.

MEDISCH-SOMATISCH ONDERZOEK

We vinden het van belang dat we al in de intakefase aandacht hebben voor de medisch-somatische toestand van de patiënt. Er wordt daarom bij de intake ook gevraagd naar de algemene gezondheidstoestand van de

patiënt, de medische voorgeschiedenis en het eventuele medicatiegebruik. Een daadwerkelijk medisch-somatisch onderzoek wordt in de regel in de forensisch ambulante zorg niet uitgevoerd, ook niet door ons. Als uitzondering hierop geldt een somatische screening als onderdeel van de For-FACT-methodiek.

VAKTHERAPEUTISCH ONDERZOEK

Op indicatie kan vaktherapeutisch onderzoek worden gedaan. Door gerichte observatie en met gebruik van vaktherapeutische werkvormen en materialen, kan een vaktherapeut met aanvullende informatie komen wat betreft de behandel mogelijkheden. Vooral bij patiënten met sterk verbale afweermechanismen, beperkte verbale mogelijkheden alsook bij patiënten met emotionele afvlakking door bijvoorbeeld psychotische problematiek, kan deze onderzoekswijze meerwaarde hebben (Federatie Vaktherapeutische Beroepen, 2017; <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie>).

ONDERZOEK NAAR CULTURELE ACHTERGROND

Mensen uit andere culturen vragen om een (deels) andere bejegening, om een andere inzet van instrumenten en/of een andere interpretatie van de uitkomsten. Psychologisch testmateriaal is vaak ontwikkeld met westerse proefpersonen op basis van westerse normen, en vrijwel altijd zonder onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid bij patiënten met een migratieachtergrond. Een hulpmiddel bij de intake kan zijn: 'Cultural Formulation Interview' (American Psychiatric Association, 2014, p 296 - 1003), of een verkorte versie ervan, zoals te vinden is bij Nussbaum, (2014; p 250 en 251). Rohlof en Heycop ten Ham (2018) geven hierbij enkele adviezen. Het is wenselijk ons instrumentarium op dit gebied uit te breiden.

DIAGNOSTIEK VAN VERSLAVING

Delinquentie, psychopathologie en verslaving zijn nauw met elkaar verweven. Bekend is

ook dat incidenteel gebruik van middelen de drempel naar grensoverschrijdend gedrag kan verlagen. Het tijdig en liefst bij de intake al weet hebben van middelengebruik dan wel verslaving is daarom van groot belang, ook om te bepalen of verslavingszorg moet worden ingezet. Voor de screening, diagnostiek en meting van de ernst van het middelengebruik zijn diverse instrumenten beschikbaar. Zie voor meer informatie het Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg, EFP, 2016 (<https://efp.nl/publicaties/zorgprogramma-forensische-verslavingszorg>).

9.4 BEHANDELING

Zoals aangegeven heeft de indicatiestelling voor behandeling plaats in het MDO-intake. Na het adviesgesprek en de instemming van de patiënt wordt onder verantwoording van de regiebehandelaar het behandelplan in werking gezet. Bij de keuze van de behandelvormen is het goed het onderstaande mee te wegen.

VERSCHIL IN EFFECTIVITEIT

Meta-analyses en literatuurstudies laten steeds vaker zien dat niet vastgesteld kan worden dat behandelingen gegeven vanuit het ene denkmodel effectiever zijn dan behandelingen op basis van andere modellen. Kort gezegd, model noch module maakt iets uit (Keulen-de Vos e.a.; Van Oenen). Dat geldt voor behandelingen gericht op vermindering of opheffen van een psychische stoornis, maar ook voor behandelingen waarbij delictpreventie het doel was. Dit heeft ook te maken met de complexiteit van deze materie en met het gebruikte onderzoeksdesign. Zo verschilden bijvoorbeeld de gehanteerde uitkomstmaten zo sterk van elkaar dat dit onderlinge vergelijking niet meer mogelijk maakte (Keulen-de Vos e.a.).

Ook bleek uit het onderzoek van Keulen-de Vos en andere dat groepsbehandeling weliswaar effectief is, maar dat er geen verschil is in effectiviteit tussen een groepsgewijs behandel aanbod en een individueel

behandelaanbod. Hierbij moet de kanttekening gemaakt worden dat er vooral protocollaire groepsbehandelingen werden onderzocht, en in veel mindere mate psychodynamische. Van deze laatste wordt wél verondersteld dat ze effectiever zijn dan een individuele behandeling.

In het ambulante veld blijkt de voorkeur voor groeps- dan wel individuele behandeling sterk te variëren (Keulen-de Vos e.a.). Wanneer er goede inhoudelijke argumenten zijn voor het inzetten van groepsdynamische processen, en dit ook met deskundigheid gebeurt, is een hiertoe ontwikkelde groepsbehandeling aan te bevelen.

Het bovenstaande wil niet zeggen dat er geen bewijs bestaat van de werking van een behandelvorm; vaak is dat er wel! Iets doen is dan ook altijd beter dan niets doen (Van Oenen).

We streven er als De Tender naar om behandelvormen te bieden met bewijs van effectiviteit. Als dat bewijs er niet is bieden we een behandelvorm met een goede theoretische basis en/of met elementen die bij onderzoek wel bewijs van effectiviteit lieten zien, best evidence. In geval ook deze onvoldoende voorhanden is (be)handelen we naar best practise, meer concreet: naar goed gebruik in het ambulante veld. Op deze wijze willen we (be)handelen volgens state of the art.

Wanneer er inhoudelijk geen doorslaggevende argumenten zijn voor de keuze van een behandelvorm, geven we aan praktische argumenten meer betekenis. Een individueel traject kan dan de voorkeur krijgen als men daarmee sneller kan beginnen; een groepstraject kan de voorkeur krijgen wanneer een groepsaanbod efficiënter is. Ook de voorkeur van de patiënt kan dan doorslaggevend zijn, ook omdat dit zijn motivatie vergroot, wat weer kan bijdragen aan het behandelresultaat. Hierbij dient er ook aandacht te zijn voor de therapeut en

dus voor de therapeutische relatie. Wat kan de therapeut als persoon bijdragen aan de therapeutische relatie en mede daarmee aan het uiteindelijke behandelresultaat? We bespreken dit in het volgende hoofdstuk.

DELICTGERICHTE EN STOORNISGERICHTE BEHANDELING

Een behandeling op basis van het RNR-model is te zien als een behandeling ter preventie van verder grensoverschrijdend gedrag, een 'delictgerichte behandeling' dus. Denkend vanuit dit model is behandeling van een (DSM-)stoornis alleen noodzakelijk wanneer deze een risicofactor vormt of daarop grote invloed heeft, net zoals dat geldt voor andere dynamische risicofactoren. We noemden dit al in het vorige hoofdstuk.

Soms heeft een patiënt (ook) een stoornis die niet of nauwelijks het risico verhoogt. Behandeling ervan is dan wel van belang wanneer daarmee de responsiviteit voor de delictpreventieve behandelonderdelen verhoogd wordt, bijvoorbeeld in het geval van AD(H)D. Als behandeling ervan niet (goed) mogelijk is passen we de vorm of het tempo van de therapie aan of houden we er rekening mee bij de bejegening van de patiënt (responsiviteit), bijvoorbeeld in het geval van een autismespectrumstoornis of een lichte verstandelijke beperking.

Een andere reden om een stoornis te behandelen is wanneer deze is ontstaan tijdens en mede vanwege de behandeling. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt depressieve klachten ontwikkelt omdat hij als gevolg van zijn behandeling gaat beseffen wat hij anderen en zichzelf heeft aangedaan.

Een derde reden voor behandeling van een stoornis kan liggen in het geval dat een patiënt lijdt aan een stoornis die niet in verband staat met het grensoverschrijdend gedrag, maar die wel de responsiviteit negatief beïnvloedt. Denk hier bijvoorbeeld aan een psychotrauma opgedaan na het gepleegde delict.

In gevallen als deze zou een forensische polikliniek naar een andere instelling of afdeling kunnen verwijzen. De ervaring is dat de beoogde behandelinstellingen in het algemeen terughoudend zijn ten aanzien van de forensische doelgroep, wat vertragend werkt (Keulen-de Vos e.a.). En in het geval een patiënt (ook) elders behandeld wordt, leidt dat tot 'verbrokkeling' wat weer extra afstemming vraagt. Een verwijzing heeft vaak ook niet de voorkeur van de patiënt; hij kan het zelfs als afwijzing ervaren. Al met al is het dan meer klantvriendelijk en praktischer om als polikliniek dergelijke behandelingen zelf uit te voeren.

Aan de andere kant, men heeft lang niet altijd voldoende specialismen in huis; elders is men vaak beter toegerust. Wanneer er met andere instellingen een goede samenwerking is en de lijnen kort zijn, kunnen de genoemde bezwaren vaak worden weggenomen; dan heeft behandeling door een gespecialiseerde instelling of afdeling de voorkeur.

We hebben als De Tender inmiddels goede contacten met sommige instellingen en afdelingen binnen de Dimence Groep, waardoor deze (deel)behandelingen vaak goed te organiseren zijn, ook naar tevredenheid van de patiënt.

9.5 AFSLUITING EN NABEHANDELING²²

In deze paragraaf formuleren we een antwoord op de vraag: wanneer houdt een forensisch ambulante behandeling op? Wat zijn de eindtermen en op welke wijze wordt vastgesteld of ze bereikt zijn ofwel nog bereikt kunnen worden? Anders gesteld: wanneer zit onze taak erop?

AFSLUITING

De Tender hanteert als eindtermen de volgende criteria; dit conform het 'basiszorgprogramma':

1. Het recidiverisico is al langere tijd laag en

stabiel.

Bij voldoende laag risico dat al geruimere tijd standhoudt kan een behandeling worden afgesloten. In veel gevallen kan een patiënt na zijn behandeling op eigen kracht verder, al dan niet met meegegeven adviezen of preventieplan. Als er nog een justitiële titel geldt kan de reclassering een 'vinger-aan-de-pols' houden of een verzoek indienen tot eerdere beëindiging van de maatregel.

2. Het recidiverisico is al langere tijd stabiel en de eventueel nog aanwezige problematiek is voldoende hanteerbaar.

Soms is er nog een matig of hoog risico, maar dit is al gedurende een langere periode constant. Ook dan is beëindiging van de behandeling te verantwoorden mits er een bruikbaar preventie- en/of signaleringsplan ligt en de patiënt is ingebed in een omgeving die met dit plan ook uit de voeten kan. Van belang hierbij is overeenstemming met zowel de patiënt als anderen over dat preventieplan en ieders taak daarin.

3. Er is een blijvend hoog risico.

Bij een klein deel van de patiënten zal het risico onverminderd hoog (ingeschat) blijven. Als men dan tot de conclusie komt dat voortzetting van de behandeling of van de behandel pogingen geen verder effect zal sorteren, misschien zelfs is gecontra-indiceerd vanuit de weerstand die dit oproept, is er een probleem: stoppen is niet verantwoord. In deze gevallen gaan we in overleg met verantwoordelijken voor en betrokkenen bij de maatschappelijke veiligheid, zoals het Openbaar Ministerie of het Veiligheidshuis. In een gezamenlijk overleg kunnen dan veiligheids- en behandelmaatregelen worden vastgesteld en uitgevoerd. Deze wijze van samenwerken is bij voorkeur in een convenant vastgelegd.

In gevallen als deze - stoppen met behandelen bij een blijvend onverminderd hoog risico, hetgeen bij aanvang niet is voorzien - evalueren we het gehele behandelverloop om te bezien of we daar lering uit kunnen trekken.

Vaak biedt De Tender vooraf aan een

²² Omwille van de duidelijkheid wordt hier gekozen voor één term: 'nabehandeling', waar tevens 'nazorg' gebruikt had kunnen worden.

beëindiging een minder intensief programma aan. In enkele gevallen geven we behandeling of begeleiding zonder zicht op afsluiting. Omdat er nog een risico bestaat dat moet worden gemonitord, is uitschrijven geen optie. In beginsel beschouwen we De Tender niet als de laatste schakel van de behandelketen.

NABEHANDELING

In sommige gevallen bieden we als De Tender nabehandeling. Wat dan nog gedaan wordt is doorgaans niet zozeer op verandering gericht, maar vooral op behoud van de resultaten die op de verschillende terreinen zijn bereikt, als inschatting van het maximaal haalbare. Het gaat dan om stabilisatie en handhaving van de status quo. Vaak heeft deze nabehandeling een relatief lage intensiteit en een wat langer durend karakter en wordt ze vormgegeven op basis van een terugvalpreventieplan. Zie voor de achtergrondgedachten ook het hoofdstuk herstel- en rehabilitatiemodel.

Ook wanneer er geen zicht op afsluiting is, bijvoorbeeld bij patiënten die vanwege hun delictgeschiedenis moeilijk elders plaatsbaar zijn - denk aan een psychotische patiënt bij wie het medicatiegebruik 'bewaakt' moet worden, of aan plegers van seksuele delicten - bieden we nabehandeling, omdat uitschrijving ook dan geen optie is.

Nabehandeling door ketenpartners: Wanneer er voldoende afname is van, of controle op het recidiverisico en er nog wel sprake is van psychische en/of maatschappelijke problematiek, dan wordt er toegewerkt naar een nabehandeling door de niet-forensische GGZ, of naar begeleiding door daartoe geëigende instanties, zoals ook 'begeleid wonen'. Deze volgende stap in het zorgtraject blijkt niet altijd vanzelfsprekend. Zoals al gezegd zijn instellingen soms terughoudend in de acceptatie van forensische patiënten. Ze geven aan dat hun expertise tekortschiet en dat ze niet goed thuis zijn in het forensisch denken en (be)handelen.

Bij de hier besproken nabehandeling en overgang naar andere instellingen kan ons For-FACT-team een belangrijke rol vervullen, zeker wanneer er nog risico's gemonitord moeten worden of uitleg en consultatie moet worden gegeven. We zullen hierbij, zoals in hoofdstuk 4 bij 'ketensamenwerking' al aangeven, tijdens contact met de beoogde instellingen zoeken om tot een goed vervolg te kunnen komen. En in beginsel zijn we als De Tender dan beschikbaar voor samenwerking, consultatie, voorlichting en dergelijke.

HOOFDSTUK 10 BEHANDELAANBOD

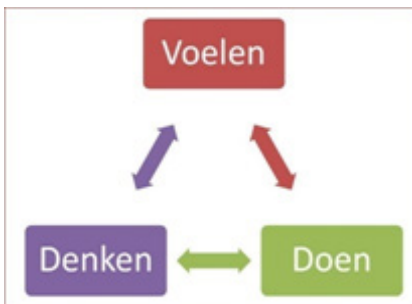
In dit hoofdstuk beschrijven we kort enkele behandel disciplines, enkele combinaties van behandelmodulen en interventies die we vaak als één pakket aanbieden en twee 'organisatiewijzen', dat wil zeggen: vormen waarbinnen meerdere modulen kunnen worden aangeboden. Onze behandelonderdelen worden afhankelijk van de inhoud, de indicatiestelling en de responsiviteit afzonderlijk, gelijktijdig of achtereenvolgens aangeboden.

10.1 VAKTHERAPIE

Bij vaktherapie wordt gebruik gemaakt van werkwijzen die beleving oproepen. In de driehoek 'voelen - denken - doen', is het 'doen' de invalshoek. Vaktherapie is erop gericht al doende gevoelens te ervaren, deze te (h)erkennen en vervolgens in 'denken' te bevatten (cognitief kaderen), om op basis daarvan tot andere gedragskeuzes te komen (Smeijsters & Gleven, 2004). Uiteraard is dit geen strak lineair proces; deze drie gebieden beïnvloeden elkaar (figuur 10.1). Vaktherapie kan ook ingezet worden ter ondersteuning van de diagnostiek. De Tender / Transfore biedt momenteel de volgende vaktherapie; dramatherapie, beeldende therapie,

muziektherapie en psychomotorische therapie

Het indicatiegebied omvat in het bijzonder patiënten met sterk verbale afweermechanismen en/of met beperkte verbale mogelijkheden. De 'generieke module vaktherapie' geeft een goed overzicht van het indicatiegebied, de doelen en werkwijze van de diverse vaktherapieën. Ook voor de vaktherapieën geldt dat het niet duidelijk is wat de meerwaarde is van de ene vorm boven de andere. Ook hier moet dat geen belemmering zijn voor de inzet ervan; andere overwegingen kunnen dan medebepalend zijn voor de keuze, zoals het responsiviteitsprincipe of het meer pragmatische zoals beschikbaarheid.



Figuur 10.1 De wisselwerking tussen voelen - denken - doen.

10.2 PSYCHOLOGISCHE BEHANDELINGEN

Met de term 'psychologische behandelingen' wordt bedoeld op behandelingen uitgevoerd door zowel psychotherapeuten als basispsychologen, gezondheidszorgpsychologen, verpleegkundig specialisten en cognitief-gedragstherapeuten. De Tender / Transfore biedt meerdere vormen van psychologische en psychotherapeutische behandelingen.

Psychotherapeuten komen in beeld wanneer er complexe psychische problematiek speelt, er is dan sprake van psychotherapie. Niet-psychotherapeuten voeren in het algemeen minder gecompliceerde behandelingen uit, meestal geprotocolleerde, stoornisgerichte behandelingen, en in het forensische veld ook het opstellen van delictketens

en preventieplannen. Ook bieden ze 'ondersteunende' behandeling (Generiek Module Psychotherapie, 2019). Ze bieden ook relatief vaak e-healthbehandeling. In theorie en praktijk is dit verschil tussen psychotherapie en psychologische behandelingen niet scherp. Zowel nationaal als internationaal wordt geen eenduidige definitie gehanteerd van 'psychotherapie'. En in de praktijk worden identieke interventies vaak zowel door een psychotherapeut als door een niet-psychotherapeut uitgevoerd; bij voorkeur op basis van een gerichte scholing. Dit is ook de praktijk bij De Tender; we kijken naar de bekwaamheid. Denk hierbij bijvoorbeeld aan EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie of e-health.

Forensische poliklinieken indiceren vaak psychologische behandelvormen (Keulen-de Vos e.a., 2018). Het gaat dan om cognitieve (gedrags)therapieën (Korrelboom & Ten Broeke, 2014), dynamisch georiënteerde therapieën (bijvoorbeeld Transference Focused Therapy; Clarkin e.a. 2006) of schematherapie (Young e.a. 2005).

10.3 SYSTEEMBEHANDELING

We realiseren ons als De Tender - en dat blijkt ook uit meerdere plekken in dit schrijven - dat de context een grote rol speelt in het ontstaan en in het tot uiting komen van grensoverschrijdend gedrag; zeker de context van gezin en familie. We indiceren daarom vaak systeemtherapie, vooral bij familiaal huiselijk geweld en in geval de patiënt ten tijde van zijn grensoverschrijdend gedrag in gezins- of familieverband leefde, en hij ook in de toekomst in dat gezinsverband wil blijven leven. Bij een systeemhandeling kunnen bestaande richtlijnen en handleidingen helpend zijn, zoals de 'Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen' (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2009) of de Handleiding Familiebeleid GGZ, (LPGGz, 2016).

Bij systeemtherapie, ook te noemen: relatie- en gezinstherapie, is er gerichte aandacht voor de rol van systeemleden, met name gezin en familie, in ontwikkeling, instandhouding en zo mogelijk het verhelpen van problematiek, in ons geval: grensoverschrijdend gedrag (Savenije, Van Lawick, & Reijmers, 2014). Dit geldt ook andersom; er is aandacht voor het gevolg van de problematiek voor de wijze waarop gezin en familie met elkaar omgaan. Systeemtherapie omvat een veelheid aan gedachten en methoden, maar overeenkomstig is de aandacht voor de wisselwerking tussen de systeemleden en voor de tussen de betrokkenen ontstane omgangspatronen. Het gaat dus vooral om wat zich tussen mensen afspeelt, en veel minder om wat zich binnen mensen afspeelt.

10.4 PSYCHIATRISCHE BEHANDELING

De meeste patiënten komen tot grensoverschrijdend gedrag vanuit een wirwar van gedachten en gevoelens. Tijdens de intake wordt niet altijd helder in welke mate er sprake is van psychiatrische verschijnselen (zoals wanen, hallucinaties, overprikkeling) of ziektes (zoals psychosen, depressies, ADHD). Een psychiatrisch consult, met als onderdeel een psychiatrische anamnese, is dan gewenst. Als vervolg hierop kan er medicatie nodig zijn, bijvoorbeeld om meer rust te brengen in de gedachtestroom en/of gevoelswereld van een patiënt, zodat hij meer profijt kan hebben van andere behandelvormen. De medicatie is hiermee indirect gericht op het bestrijden van het delictgevaar. De psychiater, verpleegkundig specialist of sociaal-psychiatrisch verpleegkundige kan ingezet worden bij een verantwoorde overdracht van het medisch-psychiatrisch beleid aan de niet-forensische hulpverlening, bijvoorbeeld de huisarts of een RIBW.

10.5 DELICTKETEN EN PREVENTIEPLAN

Interventies die tot het standaardpakket van een forensische instelling behoren,

zijn die gericht zijn op het opstellen van een delictketen en een daarop gebaseerd preventieplan. Deze interventies zijn gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes die in de vorm van het terugvalpreventiemodel in de verslavingszorg werden toegepast. Het kent een stapsgewijze analyse van de aanloop naar het delictgedrag en een daarop gebaseerd plan ter preventie. Dit is conform de RNR-principes en naar 'the state of the art' van het forensische ambulante veld. Vaak gebeurt dit met inzet van meerdere disciplines en worden de elementen geleidelijk verzameld om er later een delictketen en preventieplan van te maken. Soms is dit het enige behandelonderdeel, dat dan meestal groepsgewijs wordt aangeboden, in een zogeheten 'delictpreventiegroep'.

Wij hanteren als De Tender vooral de eerste werkwijze. Dat wil zeggen dat we dit niet meer als een afzonderlijke module aanbieden, maar dat er binnen andere modules aan gewerkt wordt, vaak met hulp van e-health. Een delictketen en preventieplan zijn steeds gebaseerd op de delictanalyse en -theorie, die met hulp van de delictanalyse-richtlijn is geformuleerd (Vrinten e.a., 2015, zie ook: <https://kfz.nl/resultaten/call-2013-11>). We beschreven dit in hoofdstuk 9.

Uiteindelijk bepalen de delicttheorie en de behandelevauaties, inclusief de risicotaxatie, of het nodig of wenselijk is dat er een delictketen en preventieplan moet komen; zo ja, hoe uitgebreid. Bij veel patiënten zal dat niet nodig zijn.

10.6 AANBOD LVB

Ook de LVB-doelgroep krijgt binnen het forensisch ambulante veld vaak een specifiek op hen gericht aanbod, meestal bestaande uit meerdere samenhangende modules. Speciaal voor deze doelgroep is de module 'grip op agressie' ontwikkeld. Wat betreft de risicotaxatie wordt geadviseerd om naast de FARE de DROS (Dynamic Risk Outcome Scale)

in te zetten en dan niet alleen als risicotaxatie-instrument, maar ook om de voortgang te meten.

Onder auspiciën van het KFZ zijn er al meerdere interventies ontwikkeld, speciaal voor deze doelgroep. Zo is er een psycho-educatiemodule (Call 2013-3) en Schema Focused Therapy (SFT) voor mensen met een LVB onder de titel: 'Helpers en Helden: SFT voor LVB'²³ en de behandelmodule speciaal voor LVB ontwikkeld: 'Weet wat je kan' (Mulder e.a., 2015²⁴). Wij beschikken als De Tender over deze interventies en uiteraard is voor deze doelgroep ook ons overige aanbod beschikbaar, zoals psychiatrie en vaktherapie.

10.7 PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

Veel van onze patiënten kampen met persoonlijkheidsproblematiek. Wanneer deze ernstig is, aanzienlijk meeweegt als risicofactor of wanneer deze ten behoeve van de responsiviteit aandacht vraagt, rechtvaardigt dit een gerichte behandeling. Behandelingen van voorkeur zijn volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen de DGT (dialectische gedragstherapie), schematherapie, transference focused therapie en mentalisation based treatment. We noemden deze al in hoofdstuk 7 en gaven daar ook aan dat we binnen De Tender over ruime ervaring met DGT en schematherapie beschikken. Een meer recent verworden behandelvorm is de 'ARopMaat', bestaande uit een combinatie van modules die goed bij antisociale problematiek ingezet kan worden. Hieronder worden deze besproken.

10.7.1 DIALECTISCHE GEDRAGSTHERAPIE

Zoals in hoofdstuk 7 genoemd zijn veel patiënten van De Tender bekend met borderline-problematiek. Als deze problematiek zo ernstig is dat er van een persoonlijkheidsstoornis kan worden gesproken, moet er een passende behandeling worden geboden. Dialectische gedragstherapie (DGT) is een van de dan aanbevolen

behandelingen (Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen). DGT is bij uitstek geschikt voor toepassing in het begin van de behandeling, dus voor het bestrijden van de heftige impulsen op gebied van agressie, wanhoop en zelfbeschadiging (Linehan, 2016a, 2016b; Van den Bosch, 2017). Ook in latere fasen in de behandeling of bij minder heftig impulsgedrag is DGT geschikt, maar dan kunnen ook andere therapieën ingezet worden zoals schematherapie.

Recent onderzoek liet zien dat DGT effectief is op het gebied van impulsiviteit en emotieregulatie bij de forensische klinische populatie (Bianchini e.a., 2019), wel betrof het hier een klinische doelgroep in een Italiaanse setting.

Als De Tender hebben we lange en daarmee ook ruime ervaring met DGT in een forensisch ambulante setting; individuele voor- en nametingen tonen herhaaldelijk duidelijke afname van de meest heftige symptomen aan. Daarom is DGT bij ons het eerst in aanmerking komende aanbod bij ernstige borderline-problematiek.

Het DGT-aanbod bestaat standaard uit:

- Individuele therapie.
- Een vaardigheidstraining, in groepsverband (wekelijks 2,5 uur).
- Mogelijkheid voor patiënt tot telefonische consultatie (in beginsel 24 uren bereikbaarheid).
- Voor de betrokken behandelaren het zogeheten consultatieteam.
- Twee bijeenkomsten voor en met naasten van de patiënt.

Het programma duurt 52 weken. Verlenging met een geprotocolleerde follow-up is op bepaalde condities mogelijk voor herstel of ter bestendiging van het eerder verworvene. Na één jaar is er een rustperiode van twee maanden, waarin de patiënt kan ervaren wat hij in het afgelopen jaar heeft geleerd en in hoeverre hij de vaardigheden zelfstandig kan toepassen. Daarna wordt de behandeling geëvalueerd en wordt met de patiënt besproken of deze nog behandeling behoeft en zo ja, hoe die eruit moet zien.

²³ <https://kfz.nl/resultaten/call-2014-25>

²⁴ <https://kfz.nl/resultaten/call-2013-3>

Naast dit standaardprogramma kan in beginsel elk ander aanbod gedaan worden, mits nodig geacht en niet hiermee overlappend. Denk hierbij aan een medisch-psychiatrisch traject. Als vervolg op de DGT kan zo nodig schematherapie geboden worden; deze bouwt dan voort op wat er bereikt is (impulscontrole, zelfbeeld) en richt zich vooral op verandering van de persoonlijkheidskenmerken.

10.7.2 SCHEMATHERAPIE

Schematherapie is een integratieve therapievorm op basis van inzichten en interventies uit de leertheorie, cognitieve gedragstheorie, experiëntiële en psychodynamische theorieën, waaronder de hechtingstheorie (Young e.a., 2005; Claassen & Pol, 2015; Arntz & Jacob, 2017). Schematherapie is bij uitstek geschikt voor patiënten met ingewikkelde persoonlijkheidsproblematiek, zoals borderline, antisociale en vermijdende problematiek, en is ook inzetbaar bij narcistische problematiek. De school-overstijgende theorie, de helderheid van het model en van de werkwijze, en de flexibiliteit bij de toepassing (maatwerk) betekenen dat deze therapievorm goed past binnen onze uitgangspunten en goed inzetbaar is bij veel van onze patiënten. Bij gecompliceerde problematiek kan en moet schematherapie echter wel twee jaar duren.

Een deel van het onderliggende gedachtegoed, namelijk de erkenning van en het respect voor basale menselijke behoeftes, en het accent op het zoeken naar meer acceptabele uitingsvormen ervan, komt overeen met het gedachtegoed van het Good Lives Model. Ook daarom past schematherapie goed binnen ons aanbod.

Ons huidige aanbod schematherapie bestaat uit individuele psychotherapie en een deeltijdbehandeling. Deze deeltijdbehandeling bestaat uit een groepssessie van anderhalf uur en een blok beeldende therapie²⁵. Tijdens de groepssessies wordt gedrag geanalyseerd met hulp van zogeheten schema's en modi,

en worden gerichte oefeningen ofwel gedragsexperimenten gedaan. Binnen de beeldende therapie worden de opgedane ervaringen en inzichten verder uitgewerkt om deze meer te laten beklijven. De bedoeling is dat dit aanbod straks op al onze locaties beschikbaar is.

10.7.3 AROPMAAT

Hoewel het bij 'ARopMaat' (zie verder) net als bij veel van het eerder beschreven aanbod om het reguleren van agressie gaat - per definitie gezien de doelgroep van dit zorgprogramma - is het toch goed om dit aanbod afzonderlijk te noemen. ARopMaat is onder meer gebaseerd op 'Held Zonder Geweld' (Hornsveld, 2013; Hornsveld e.a. 2004; Hornsveld & de Vries, 2009). 'Held Zonder Geweld' betreft een groepsaanbod dat indertijd is opgezet op basis van en bedoeld is voor een klinische populatie met vooral een antisociale persoonlijkheidsproblematiek. Vanuit de behoefte aan een werkwijze die meer geschikt is voor het ambulante veld en waarmee meer maatwerk geleverd kan worden, is 'Held Zonder Geweld' doorontwikkeld naar wat voluit 'Agressie Regulatie op maat Ambulant voor Volwassenen' is gaan heten (<https://kfz.nl/resultaten/call-2013-15>). ARopMaat is vooral gebaseerd op leertheoretische dan wel (cognitief-)gedragstherapeutische principes. Maar er is plaats ingeruimd voor ervaringsgerichte oefeningen en interventies, in het besef dat alleen inzicht en vaardigheden soms niet volstaan, of dat 'ervaren' het leerproces kan versnellen. Het is bedoeld voor mannen en vrouwen met ernstige agressieproblematiek en met een matig of hoog recidiverisico. De agressie is veelal onderdeel van een psychosociale en/of bio-psychiatrische problematiek. Meestal is er dan ook sprake van cluster-B-persoonlijkheidsproblematiek²⁶, vooral antisociale problematiek. ARopMaat bestaat uit 11 modules, waarvan er enkele 'standaard' en enkele 'optioneel' zijn, en die in beginsel individueel worden aangeboden. Op deze

²⁵ Bij dit schrijven nog niet op al onze locaties beschikbaar.

²⁶ Factsheet: <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/c3fe5633-659c-46d0-b624-70920d1cd024/projecten/call-2013-15-factsheet.pdf>

wijze kan, bijvoorbeeld op basis van het onderscheid tussen instrumentele en reactieve agressie, gekozen worden wat men wel of niet doorwerkt.

ARopMaat is een gedegen opgezet en goed doordacht programma dat landelijk steeds meer ingang vindt. Het programma bewerkt de agressie vanuit meerdere invalshoeken en maakt het, vanwege het individuele aanbod en de optie om ook modules weg te laten, mogelijk om maatwerk te leveren. Om al deze redenen heeft De Tender ARopMaat als werkwijze ingevoerd ten behoeve van een deel van haar doelgroep.

10.8 AANBOD FAMILIAAL GEWELD

Voor de patiënten die bij De Tender zijn aangemeld wegens familiaal geweld (relationeel geweld, kindermishandeling en dergelijke) hebben we een specifiek aanbod ontwikkeld. Dit is niet alleen vanwege de andere dynamiek (zie hierboven 'systeembehandeling'), maar ook omdat er meestal meerdere instanties bij betrokken zijn, zoals Veilig Thuis en de hulpverlening aan overige gezinsleden; dat vraagt om georganiseerde afstemming. Ons aanbod is sterk gebaseerd op de systeemtheorie. De meest belangrijke onderdelen zijn:

- Preventiegroep relationeel geweld: Deze groep richt zich expliciet op het verwerven van inzicht in de wisselwerking tussen patiënt en slachtoffer, met name in het eigen aandeel van de patiënt, om vervolgens handvatten aangereikt te krijgen om hier (straks) anders mee om te gaan. Deelname aan deze groep is vooral aan de orde als het partnerschap niet wordt voortgezet, maar er risico op herhaling is bij een eventuele volgende relatie. Hier is een draaiboek voor ontwikkeld.
- Systeemtherapie: Gesprekken met de patiënt plus zijn partner; eventueel ook met andere familieleden. Deze gesprekken zijn gericht op herstel van de veiligheid, bijvoorbeeld middels veiligheidsplan of time-outafspraken²⁷. Wanneer gewenst - men wil bijvoorbeeld met elkaar verder - wordt er vervolgens ingezet

op herstel en versteviging van de relatie. De systeemtherapeut kan putten uit meerdere therapievormen zoals EFCT (Emotionally Focused Couple Therapy; Johnson, S.) en middelen zoals de al genoemde time-outprocedure en gespreks oefeningen.

- (Echt)parengroep: Een deel van de bovenbeschreven systeembehandelingen wordt ook aan meerdere paren tegelijk aangeboden. Dit aanbod wordt gegeven volgens een draaiboek, waarin ook technieken zijn opgenomen zoals de time-outprocedure.
- De e-module 'geweld in je relatie' (Roelofsen e.a., 2017): Dit is een module die 'blended' behandeling biedt aan individuen en paren. Ook hier wordt een draaiboek gevolgd met opdrachten gericht op de veiligheid zowel op de kortere als op de langere termijn; dat laatste op basis van inzichten en oefeningen (zie ook: <https://kfz.nl/resultaten/call-2014-27>). Deze onderdelen kunnen gelijktijdig worden aangeboden behalve - als regel - de systeemtherapie en de parengroep, omdat daarin veel overlap zit.

10.9 FORENSISCHE (F)ACT

(F)ACT staat voor (Flexible) Assertive Community Treatment. Het verschil tussen FACT en ACT is dat deze laatste werkwijze meer intensief is en zich alleen richt op het meest complexe deel van de doelgroep; men werkt dan ook met een kleinere caseload²⁸. Voor dit schrijven is dit verschil niet relevant, zodat we in het verdere over 'FACT' spreken en in ons geval over 'forensische FACT'. FACT is geen behandeldiscipline. Het is te zien als een op een visie gebaseerd model voor het organiseren en aanbieden van behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen in combinatie met problematiek op andere levensgebieden. De aanpak, werkwijze en bejegening verschillen van de 'gewone' poliklinische zorg en er wordt zowel zorg binnen de muren van de polikliniek geboden als bij de patiënt thuis. FACT richt zich sterk op herstel en rehabilitatie ten

²⁷ Voor een voorbeeld van een 'time-outtraining', zie De Cnodder, Bijlsma, & Savenije, 2016.

²⁸ <https://ccaf.nl/wat-is-act/>

aanzien van de verstoorde levensgebieden. Een samenwerking met de patiënt is het uitgangspunt; deze staat dan ook centraal (shared decision making).

Een relatief klein deel van de FACT-doelgroep heeft erg intensieve zorg nodig. Bij hen wordt het uitgangspunt van 'shared caseload' gehanteerd. Zij worden gezien door meerdere teamleden in een relatief hoge frequentie. Voor patiënten die met minder intensieve zorg toe kunnen, wordt individueel casemanagement ingezet. Zo kan men naar behoefte snel op- en afschalen. Ook in het geval van crisis kan er snel opgeschaald en ook weer afgeschaald worden. Deze flexibiliteit van 'schakelen' tussen een meer en een minder intensieve aanpak, geboden door hetzelfde team, bevordert de continuïteit van de zorg en vermindert drop-out (Van Veldhuizen e.a., 2007). Hierbij wordt gestreefd naar een samenwerking met de relevante ketenpartners zoals - zeker in het forensische werk - de reclassering, gemeente, wijkagent, veiligheidshuis, huisarts of andere welzijnsorganisaties. FACT is inmiddels een van de meest doorontwikkelde modellen van outreachende zorg. Een gecertificeerd FACT-team is multidisciplinair, heeft rond de 12 fte's en bedient ongeveer 200 patiënten.

Bij forensische FACT worden dezelfde principes en werkwijzen gehanteerd. Maar forensische FACT richt zich daarbij in het bijzonder op preventie van (verder) grensoverschrijdend gedrag. Forensische interventies zoals een risicotaxatie doen, een terugvalpreventieplan opstellen en het monitoren van het delictrisico, maken dus deel uit van het instrumentarium. De leidende vraag is: Hoe kan iemand ondanks zijn klachten en zonder delictgedrag een betekenisvol leven leiden? Met dit uitgangspunt sluit deze benadering aan bij het Good Lives Model. De inzet van een ervaringsdeskundige wordt sterk aanbevolen, dit is echter (nog) geen certificeringseis. De Tender beschikt al geruime tijd over

gecertificeerde FACT-teams die op de hier beschreven wijze werken.

Hoewel men in de praktijk tal van voordelen ziet aan de inzet van (forensische) FACT, is er nog geen duidelijk bewijs van effectiviteit. Dat komt ook omdat deze werkwijze te complex is voor onderzoeksvormen die hard bewijs kunnen opleveren. Zoals we al zagen geldt dit voor veel onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen (o.m. Keulen-de Vos e.a.) en dit mag dan ook geen reden zijn om van FACT af te zien.

10.10 E-HEALTH

Evenals FACT moet ook e-health²⁹ niet worden gezien als een behandelvorm, maar als een wijze waarop behandelvormen zijn georganiseerd en worden aangeboden. E-health is voor ons een breed begrip. Het gaat hierbij om psycho-educatie, behandel- en begeleidingsvormen die niet face-to-face maar via digitale kanalen worden aangeboden. Dat kan gaan via een internetplatform (web-based), apps, virtual reality (VR) en/of augmented reality (AR)³⁰, serious games of telepsychiatrie (beeldbellen).

Er is nog maar beperkt onderzoek gedaan naar de effectiviteit van behandelingen in de forensische GGZ waarbij (ook) e-health is ingezet. Wat daarbij gevonden werd is dat e-health zowel voor- als nadelen heeft ten opzichte van reguliere behandelvormen, en dat e-health het best geïntegreerd kan worden in reguliere modules (Kip e.a., 2018). Wel worden de vele praktische voordelen onderkend zoals laagdrempeligheid, planning van een geschikt moment, zelfstandigheid van de patiënt, goedkoper door minder reizen en minder face-to-face contacten. Anderzijds is het vooral bij ernstige problematiek van belang extra aandacht te hebben voor de behandelrelatie. Meer informatie over de mogelijkheden en beperkingen van e-health in vergelijking tot (reguliere) face-to-face behandelvormen, en over de mogelijkheden van e-health toepassingen in relatie tot de kenmerken

²⁹ We schrijven e-health (conform e-mail) hoewel ook andere schrijfwijzen bestaan.

³⁰ Bij AR worden de echte wereld en de virtuele wereld samengebracht in een interventie.

van de forensische doelgroep, is te vinden bij Bierbooms en andere (2015).

Als De Tender bieden we veel e-health en moedigen we toepassing ook aan. We hanteren daarbij als uitgangspunt dat dit in 'blended' vorm moet worden aangeboden, dus altijd in combinatie met face-to-face contact. Een van de redenen hiervoor is dat ook bij e-health een goede (werk-)relatie belangrijk is, opdat de patiënt genegen is de met de behandelaar gemaakte afspraken na te komen. Uitzondering hierop is de module 'Goed Ernaast'; deze is ontwikkeld om de naasten van onze patiënten te ondersteunen in het omgaan met de patiënt en het daarbij bewaken van de eigen grenzen. Uitzonderingen vormen ook de vele psycho-educatiemodules, waarbij face-to-face meestal niet strikt noodzakelijk is, maar wel aangeboden kan worden.

Via internetplatforms zoals Minddistrict en via het KFZ (Kwaliteitscentrum Forensische Zorg) hebben we toegang tot veel modules.

Er zijn in dit hoofdstuk al meerdere e-health modules genoemd, bijvoorbeeld bij LVB; we herhalen dit hier niet. Wel noemen we graag nog onze 'welkomstmodule', die de patiënt laat kennismaken en zich alvast laat inzetten ten behoeve van een vlotte behandelstart, onder meer door hem alvast relevante gegevens te laten verzamelen en te laten denken over de behandeldoelen.

10.11 TEN SLOTTE

Voor verschillende van de in hoofdstuk 7 genoemde doelgroepen hebben we als De Tender (nog) geen gericht aanbod.

- Zoals de stand van zaken nu is zien wij geen noodzaak om een seksespecifiek aanbod te ontwikkelen. We denken voldoende rekening met sekse te kunnen houden wanneer we maatwerk leveren en aan het responsiviteitsprincipe voldoen.
- Wat patiënten met een andere culturele achtergrond betreft, zien we een behoorlijke uitdaging voor ons. Deze doelgroep zal groter worden en we vinden het daarom van belang een aanbod voor hen te hebben. Maar de

variatie aan achtergrondculturen is erg groot en het is daarom de vraag of het gaat lukken om een passend aanbod te ontwikkelen. In de komende jaren gaan we hiermee aan de slag.

- Voor personen met verward gedrag, een kleine maar zeer gevarieerde groep, zullen we niet zozeer een afzonderlijk aanbod ontwikkelen, maar vooral onze bijdrage leveren bij het oppakken van de eerste problemen; de crisis en het onderbrengen ervan bij de geëigende instellingen. Dit in nauwe samenwerking met de ketenpartners. De wijze waarop we dit nu doen kan zich nog verder uitkristalliseren.
- Ervaringsdeskundigheid wordt inmiddels standaard ingezet in het For-FACT-aanbod. En de komende tijd zal worden onderzocht waar en hoe het in ons overige aanbod kan worden opgenomen.

Zoals in het begin van dit hoofdstuk is aangegeven, hebben we niet al de afzonderlijke modules en interventies waarover we beschikken genoemd en besproken. We kunnen stellen dat we in ruime mate beschikken over dat wat nodig is om onze doelgroep een behandeling te bieden volgens de maatstaven die we in dit zorgprogramma hebben vastgesteld.

HOOFDSTUK 11 BIJZONDERE AANDACHTS- PUNTEN

In dit hoofdstuk besteden we aandacht aan zaken die we ook van belang achten: het behandelklimaat, de verwachtingen richting de forensisch behandelaar en daarmee ook de therapeutische relatie. We gaan ook in op het begrip 'responsiviteit', enkele ethische kwesties, zoals ze zich kunnen voordoen en soms ook kenmerkend zijn voor het forensisch ambulante veld. Deze spelen

nu of in de nabije toekomst en vragen om beschouwing of stellingname; keuzes hierin geven richting aan ons (be)handelen. Ten slotte benoemen we enkele maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen omdat we het van belang vinden deze actief te volgen, ze zo mogelijk of wenselijk te beïnvloeden of ons er bijtijds op in te stellen. We streven hierbij niet naar volledigheid; waarschijnlijk zijn over een periode weer andere kwesties en ontwikkelingen relevant.

11.1 BEHANDELKLIMAAT EN THERAPEUTISCHE RELATIE

'Behandelklimaat' is een veel gebruikt begrip. Min of meer synoniem zijn orthopedagogisch klimaat, sociotherapeutisch milieu, leefklimaat en leefmilieu (Janzing & Kersten (1997)). We gebruiken in dit zorgprogramma de term 'behandelklimaat'. We doelen daarmee op de door de organisatie actief vormgegeven fysieke behandelomgeving en op de behandelsfeer, zoals die door de medewerkers wordt gecreëerd, met name door de wijze waarop ze de patiënt bejegenen. Een goed behandelklimaat wordt door patiënten én medewerkers als veilig en vertrouwd ervaren. Het nodigt en daagt de patiënt uit om zich voor de gewenste veranderingen in te zetten.

FYSIEKE OMGEVING

Ook fysieke factoren, zoals het gebouw en de inrichting, hebben invloed op het behandelklimaat. Veiligheid is een eerste vereiste, maar daarnaast is het van belang dat het gebouw en de inrichting rust uitstralen, ook zintuiglijk 'rustig' zijn en dus niet overprikkelen (wachtkamermuziek) en voldoende comfort biedt. Het gaat hier niet alleen om de behandelkamers maar ook om de entree, de gangen, wachtruimte en dergelijke. Ook voorspelbaarheid is van belang; een patiënt heeft zijn behandelcontacten bij voorkeur in steeds dezelfde ruimte. De Tender blijft deze factoren bewaken.

SFEER; THERAPEUTISCH RELATIE

Voor een groot deel krijgt het behandelklimaat invulling in de interactie tussen medewerker(s) en patiënt(en), dat wil zeggen in de bejegening en de behandelrelatie dan wel de 'therapeutische relatie'³¹. De eerste relatie tussen een behandelingstelling en een patiënt wordt al gelegd voordat het eerste gesprek plaatsvindt, bijvoorbeeld via de website, folder of uitnodigingsbrief. Deze geven de eerste indrukken en bepalen ook de eerste beeldvorming. Daarna volgen er met de intake en behandeling face-to-face contacten. Al vóór deze face-to-face contacten ontstaat er een soort relatie tussen behandelaar en patiënt. Een patiënt heeft op basis van zijn informatie beelden, ideeën, verwachtingen en voornemens. Hij heeft zich daarbij, zonder dat hij zich daarvan bewust hoeft te zijn, een beeld van de behandelaar en de relatie tussen hen gevormd, een 'intern alliantiemodel' (Hafkenscheid, 2013, 2014) en gaat daarmee het behandelcontact is. Andersom is dit ook het geval: de behandelaar heeft zich een beeld gevormd van de patiënt die hij gaat zien, en heeft zich vervolgens voorgenomen hoe hij deze tegemoet gaat treden, en ook dit kan op onbewust niveau spelen. Dit alles geldt ook als er geen face-to-face contacten zijn zoals soms bij e-health. In de face-to-face contacten krijgt deze relatie verder inhoud en idealiter verdere diepgang, maar daarin kunnen ook 'barsten' ontstaan. Het wordt van groot belang geacht deze te repareren, om zo de kwaliteit van de therapeutische relatie vast te houden (o.m. Safran e.a., 2002; Baljon, 2009; Generieke module psychotherapie, 2009).

Sinds Rogers zijn 'noodzakelijke en voldoende voorwaarden' voor herstel formuleerde: echtheid (ofwel congruentie), onvoorwaardelijke acceptatie en empathisch begrijpen (Rogers, 1951, 1957), is er veel onderzoek gedaan naar de invloed ervan op de therapeutische relatie en daarmee op het behandelresultaat. En die invloed is er.

Norcross concludeerde op basis van een meta-analyse dat de therapeutische relatie niet

³¹ Er wordt in de literatuur vaak, niet altijd, een onderscheid tussen deze twee begrippen gemaakt:

Een (goede) 'behandelrelatie' kent een behandelaar met o.m. empathie, acceptatie en authenticiteit, een patiënt die de behandelaar als betrouwbaar en als deskundige op zijn terrein ziet en overeenstemming over de doelen en methoden, taken en verantwoordelijkheden. Met 'therapeutische relatie' doelt men dan op de dynamiek die tussen de patiënt en de behandelaar ontstaat en expliciet wordt ingezet als therapeutisch middel (Generieke Module Psychotherapie, 2019). Wij hanteren hier beide begrippen gemakshalve als synoniemen.

onaanzienlijk, en over de jaren heen constant, bijdraagt aan het behandelresultaat (Norcross, 2011). De conclusies uit de al eerder genoemde onderzoeken van Keulen-de Vos (e.a.) en Van Oenen, is in lijn met deze uitkomsten. Met resultaten als deze worden de claims over de effectiviteit van alleen de behandelmethode vaak gerelativeerd. Voor een verder overzicht van het belang van deze factoren en van de behandelrelatie, verwijzen we naar Lambert (2004; 2013), Colijn en collega's (2009).

Inmiddels wordt breed erkend dat een goede therapeutische relatie bijdraagt aan het behandelresultaat. Dat maakt nieuwsgierig naar de werking ervan en roept bijvoorbeeld de vraag op welke specifieke therapeutkenmerken wel of juist geen invloed hebben op de kwaliteit van de relatie. Baldwin en Imel (2013) geven een overzicht van dergelijk onderzoek; Miller en collega's (2017) pleiten voor meer aandacht hiervoor. Meer zicht op de rol van deze therapeutfactoren kan ook het forensische veld helpen bij het opstellen van de competenties waaraan een forensisch behandelaar dient te voldoen om zo richting te geven aan begeleiding of scholing.

11.2 DE FORENSISCH BEHANDELAAR

Een (hier ambulante) forensisch behandelaar dient een therapeutische relatie aan te kunnen gaan met de doelgroep en deze relatie ten volle in te kunnen zetten voor een goed behandelresultaat. Zoals al genoemd is het een doelgroep met een breed scala aan mogelijke stoornissen en grensoverschrijdende gedragingen. Het is geen homogene groep zoals bij een afdeling voor 'angst- en stemmingsstoornissen' meer het geval zal zijn. Van een forensisch behandelaar wordt echter verwacht dat hij de meeste van deze patiënten als uniek persoon oprecht welkom kan heten in de behandelruimte, empathie voor hem kan opbrengen en hem kan valideren in de behoeften en verlangens onderliggend aan zijn grensoverschrijdend gedrag; dit conform het Good Lives Model. De

behandelaar moet dus niet alleen om kunnen omgaan met het grensoverschrijdend gedrag zoals dit in de aanmeldinformatie staat, maar ook zoals het in de behandelsessies naar voren komt. Het uitvoerig bespreken ervan is uit behandel oogpunt vaak noodzakelijk, maar wordt door patiënten vaak vermeden; soms ook met kracht. Een behandelaar moet niet uit eigen ongemak mee gaan met deze vermijding. Hij moet juist de veiligheid kunnen bieden waarbinnen de patiënt over zijn delicten kan vertellen, en hem daarbij kunnen ondersteunen. Hij moet daarbij de lust en agressie uit het verleden en in het heden (fantasieën) kunnen verdragen en therapeutisch kunnen hanteren. Zo nodig moet hij grenzen stellen. Daarbij dient hij zich bewust te zijn van de redenen ervoor. Begrenst hij om therapeutische redenen, om praktische redenen (zoals geluidsoverlast), omwille van de veiligheid of uit eigen onvermogen? Is hij zich onvoldoende bewust van zijn motieven, dan bestaat het risico dat hij op subtiele wijze een patiënt uitstoot, bijvoorbeeld door met aanvullende diagnostiek aan te geven dat deze patiënt eigenlijk niet behandelbaar is, of er ontstaan conflicten. Vandepierre (2016) heeft deze thematiek en dynamiek meer uitvoerig beschreven. Dit alles vraagt veel van een forensisch behandelaar.

We vinden het daarom belangrijk dat een behandelaar beseft dat de hier beschreven dynamiek zich kan voordoen, dat hij bereid en in staat is tot reflectie op wat er met hemzelf gebeurt in het contact met de patiënt en welke betekenis dit heeft. Zelfkennis en (zelf)reflectie zijn dus onontbeerlijk. Deze reflectie kan binnen intervisie, supervisie of soortgelijke werkvormen plaatsvinden. De Tender biedt standaard intervisiemogelijkheid en naar behoefte werkbegeleiding, coaching of gerichte andere scholing.

We vinden het belangrijk dat we, ongeacht de dynamiek die er met of rondom onze patiënten kan optreden en ongeacht de (delict)achtergrond, elke patiënt met respect bejegenen.

11.3 RESPONSIVITEIT

Responsiviteit houdt in dat de behandeling afgestemd wordt op de specifieke kenmerken van een patiëntengroep of een individuele patiënt; het kwam eerder al aan de orde in hoofdstuk 3. In de praktijk komt het er vaak op neer dat bestaande behandelmethoden worden aangepast aan de mogelijkheden dan wel beperkingen van een individuele patiënt of patiëntengroep. Op deze wijze wordt ook aangesloten bij het gedachtegoed achter 'empowerment' en het herstelmodel. Gezien het belang dat we hechten aan responsiviteit gaan we er hier wat verder op in. Ingeschat wordt dat minstens 30% van de therapie-uitkomst bepaald wordt door zogeheten patiëntfactoren (Bohart & Wade 2013). Als daarop goed wordt afgestemd kan dat cijfer hoger worden. Volgens Koelen en Koopmans zijn er zes robuuste voorspellers van behandelresponse en prognose.

- Functionele beperkingen - Dit houdt in dat bij een laag niveau van functioneren de behandel doelstellingen beperkt moeten blijven.
- Subjectieve lijdensdruk - De therapie-uitkomst wordt mede bepaald door de mate waarin men lijden ervaart, maar vooral door de wijze waarop men hiermee omgaat. Psychotherapie, gerichte aandacht voor de motivatie en dergelijke kan daarbij helpen.
- De complexiteit van de psychopathologie - In geval van hoge complexiteit is vaak een langere behandeling geïndiceerd.
- Coping - Bij meer externaliserende coping, bijvoorbeeld bij acting-out gedrag, heeft een meer symptoomgerichte benadering de voorkeur. Bij een meer internaliserende coping, zoals zelfverwijt of passief gedrag, past een meer inzichtgevende benadering.
- Weerstand - Dit is een factor die vaak verklaard wordt vanuit angst voor het onbekende en verlies van autonomie. Men dient eerst aan te sluiten bij deze weerstand. Dat betekent dat men gemakkelijker directe interventies kan plegen bij een lage weerstand en meer indirecte bij een hoge.

- Sociale steun - Dat betreft dan niet zozeer het feitelijke netwerk, maar vooral hoe de steun vanuit het netwerk ervaren wordt. Dit laatste zou de kwaliteit van de gehechtheid weerspiegelen, en er is steeds meer bewijs voor dat gehechtheid een voorspeller is van het therapieresultaat. Voor een behandeling kan dit betekenen dat men niet bezig moet met het opbouwen van een netwerk met en rond de patiënt, maar dat men deze 'leert' om kwalitatieve relaties aan te gaan en te behouden, en zich dus meer richt op de hechtingskwaliteiten van de patiënt. (Koelen & Koopmans, 2017).

Wanneer we met deze punten bij onze behandeling rekening houden, verhoogt dat de responsiviteit. Zoals onder meer beschreven in hoofdstuk 7 en 10, onderscheiden poliklinieken vaak subdoelgroepen waarvoor ze dan een geheel of een gedeeltelijk ander aanbod beschikbaar hebben. Ook De Tender doet dat en op deze wijze geven we uitvoering aan het responsiviteitsprincipe.

11.4 ETHIEK

In de bejegening van patiënten en in de keuze van het behandel aanbod worden door behandelaars en behandelinstellingen ook ethische keuzes gemaakt, soms impliciet en soms expliciet. Dat zal ook in de toekomst het geval zijn. Het is goed om deze te verhelderen en te bespreken, ook omdat ethische keuzes ons richting kunnen geven waar gebruikelijke regels en uitgangspunten tekortschieten. We beschrijven hier enkele ethische kwesties die we vooral in het forensische veld tegen (kunnen) komen en waar we ons van bewust moeten zijn waarover we mogelijk in de toekomst een standpunt dienen in te nemen.

- Behandeling is niet waarde vrij. We richten ons als forensische behandelaren op naleving van wet- en regelgeving en op maatschappelijke normen. Onze patiënt dient zich daarop aan te passen. De meeste normen en wetten variëren per cultuur en daarbinnen ook in de loop van de tijd. Met, bijvoorbeeld

het strafbaar stellen van het bezit van kinderpornografie, werden veel overtreders forensische patiënten, lees ook: 'zieken'. Een ander voorbeeld: Een paar forse tikken op de billen werd vijftig jaar geleden als een goede opvoedmaatregel gezien; tegenwoordig is dat strafbaar. De opvoeder van toen is nu een kindermishandelaar en forensisch patiënt. En als deze van mening is dat een paar tikken geen kwaad kunnen, dan heeft deze 'denkfouten'.

- Patiënten hebben in beginsel een vrije behandelkeuze. Maar de keuzemogelijkheden zijn voor een forensisch patiënt soms erg beperkt of worden niet als 'vrij' ervaren. Tegenover de keuze 'niet behandelen' staat soms het alternatief 'gevangenisstraf'. Dit geeft een behandelaar een machtspositie ('je moet'), en wat deze daarmee doet kan invloed hebben op de behandelvoortgang. Hierbij kan het 'shared decision making' in gedrang komen.
- Een diagnose kan tot stigmatisering leiden en zelfs tot 'naming and shaming'; uitstoting. Denk aan de diagnose 'pedofilie'. De vraag hierbij is of een behandelaar daarmee rekening moet houden en, bijvoorbeeld, of een 'mildere' diagnose kan volstaan ('parafilie NAO'), zeker als dit geen invloed heeft op het behandel aanbod.
- Het 'basiszorgprogramma' waarschuwt voor het zomaar overnemen van de uitkomsten van risicotaxaties; dit ook omdat deze in juridische procedures gebruikt kunnen worden. Vragen hierbij zijn bijvoorbeeld: mag je recidive voorspellen bij iemand die nog nooit is veroordeeld of geweldsrecidive (agressie) voorspellen bij een kleptomaan? Conclusies uit de risicotaxaties dienen met zorg tot stand te komen en goed te worden vertaald naar de individuele patiënt.
- Techniek maakt steeds meer mogelijk, maar is dat ook wenselijk? Seksualiteit met een kindrobot en/of in een virtual reality met ook zintuiglijke ervaringen is nu al mogelijk. Moet een instelling deze technische ontwikkeling toejuichen en/of onderzoek doen naar de preventieve werking om vervolgens zo iets

binnen in het behandel aanbod op te nemen?

- Medicatie kan een goed en relatief weinig ingrijpend middel zijn. En misschien bestaat er straks medicatie tegen vrijwel elk ongewenst gedrag. Op deze wijze behandelen impliceert dat problematisch gedrag vooral gezien moet worden als een intrapsychisch probleem, een psychische stoornis, en niet als (ook) een sociaal-maatschappelijk probleem. Denk aan de maatschappelijke discussie over de toename van het aantal ADHD- en depressiegevallen (Dehue, 2008; 2014) en rond de opname van enkele nieuwe stoornissen in de DSM-5; dit in combinatie met de toename van medicatiegebruik. Maar als een patiënt zelf om deze medicatie vraagt, is dit dan nog een probleem?

We vinden het van groot belang dat een behandelaar zich bewust is van deze ethische kwesties en er zo nodig, bijvoorbeeld wanneer hij hier in zijn werk mee geconfronteerd wordt, op gepaste wijze het gesprek over aangaat. Een moreel beraad, zoals ook de Dimence Groep kent, kan hierin steunend zijn³²; we maken daarvan ook gebruik.

11.5 TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

Ook met andere toekomstige ontwikkelingen dan technologische of medische moeten we als Transfore / De Tender rekening houden. Zonder er nu dieper op in te gaan en zonder volledig te willen zijn, noemen we er hier enkele:

- De mogelijke wijzigingen in het financieringsstelsel. Momenteel (2019) worden er plannen uitgewerkt om tot een andere productstructuur te komen dan op basis van een DB(B)C, hetgeen ook een andere wijze van financiering moet gaan betekenen³³.
- Maatschappelijke ontwikkelingen ook buiten Nederland - denk hierbij aan migratiestromen - kunnen om aanpassing van onze toelatingscriteria en ons behandel aanbod vragen.
- Ook de voortschrijdende digitalisering van de samenleving behoeft aandacht. Deze biedt

³² Een moreel beraad is een groepsgesprek waarin de deelnemers een ethische kwestie bespreken, waarmee men in het werk in aanraking kwam. Dit gesprek verloopt volgens een bepaalde structuur met hulp van een onafhankelijk gespreksleider.

³³ Zie voor meer informatie: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz>.

mogelijkheden op het gebied van diagnostiek en behandeling, zoals beschreven bij e-health in hoofdstuk 11. Maar deze brengt ook risico's met zich mee. We kunnen hierbij denken aan gameverslaving of verslaving aan social media-gebruik, en aan de schier eindeloze beschikbaarheid van beelden met geweld en seks, waaronder ook kinderpornografisch materiaal. Ook rondgestuurd fake news kan de wijze waarop iemand in de wereld staat en zijn medemens beschouwt beïnvloeden.

Het effect van dit alles op het risico van grensoverschrijdend gedrag is nog niet helder; het lijkt ons goed dit te volgen.

- Verder spelen er op diagnostisch gebied allerlei ontwikkelingen, mede in gang gezet door de snelle toename van het aantal diagnoses (zie boven) en de onvrede over de DSM, die ook na invoering van de DSM-5 is blijven bestaan (Dehue, 2014; Van Os, 2014; Vanheule, 2015). Er komt steeds meer onderzoek naar de zogeheten 'transdiagnostische factoren' (Van Heycop ten Ham, 2014; 2016; Van Os e.a., 2015) en naar de wijze waarop deze elkaar beïnvloeden dan wel met elkaar verknoopt zijn (Borsboom, 2017; Cramer, 2017; Goekoop, 2016; Wichers, 2014). De verwachting is dat er uiteindelijk een beperkt aantal transdiagnostische factoren, netwerken of knooppunten zijn vast te stellen waarmee elk gedrag kan worden verklaard, vanuit hun onderlinge samenhang.
- Ten slotte: "Iedere patiënt is anders en daarom kan eenieder, zelfs als er sprake is van hetzelfde ziektebeeld, anders reageren op eenzelfde behandeling". Dit moet leiden tot therapie op maat, 'personalised medicine'. Dit citaat komt van de website van ZonMW³⁴ en betreft de somatische gezondheidszorg. In beginsel geldt dit ook voor GGZ-patiënten, inclusief forensische. In dit zorgprogramma is herhaaldelijk gesteld dat er maatwerk moet zijn. Verder onderzoek kan meer duidelijkheid geven over de vorm van behandeling en bejegening die het beste aansluit bij een patiënt en diens unieke kenmerken en situatie.

Net als in de somatische gezondheidszorg kan meer maatwerk (aanvankelijk) hogere kosten geven; dat levert nieuwe dilemma's op.

HOOFDSTUK 12

SAMENVATTING EN CONCLUSIES

In het voorgaande hebben we de achtergronden en uitgangspunten beschreven van dit zorgprogramma van De Tender. We beschreven onze missie en visie, onze doelstelling en doelgroep, onze theoretische uitgangspunten en ook enkele meer praktische uitgangspunten en ethische aandachtspunten. We beschreven het belang van veiligheid, zowel in de actualiteit als in de nabije en verre toekomst, de context van ons behandelen en ons behandelaanbod. We besteedden aandacht aan de therapeutische relatie en keken naar enkele toekomstige ontwikkelingen.

12.1 SAMENVATTING

Hieronder vatten we het geschrevene kort samen om vervolgens concreet aan te geven wat dit betekent voor de organisatie en de inhoud van ons behandelaanbod.

- Op basis van onze missie en visie stelden we duurzame delictpreventie als ons eerste doel. De theoretische uitgangspunten die ons daarbij het meeste bieden zijn het biopsychosociaal model en het Good Lives Model. Het eerste wijst ons erop dat er meerdere oorzaken zijn van grensoverschrijdend gedrag, in wisselwerking met elkaar. In beginsel betekent dat een multidisciplinaire aanpak. Het GLS hebben we omarmd omdat dit meer biedt dan alleen het terugvalpreventiemodel en het RNR-model ofwel de what works-principes. Deze meerwaarde ligt in de achterliggende holistische mensvisie met het accent op wat er wel gedaan kan worden om op tevredenstellende manier aan op zich legitieme behoeftes te voldoen, in plaats van

³⁴ <https://www.zonmw.nl/onderzoek-resultaten/geneesmiddelen/programmas/programma-detail/personalised-medicine/>

wat men niet moet doen. Dit model impliceert maatwerk en bevordert zo de betrokkenheid van de patiënt.

- Binnen deze modellen zetten we meerdere disciplines in, met name psychiatrie, psychologie en vaktherapie, met daarbij aandacht voor de veiligheid, de actuele sociale context en voor de context waarbinnen de grensoverschrijding plaatsvond (systeembenadering). Omdat binnen de psychologische en vaktherapeutische behandeling de meerwaarde van de ene behandelvorm boven dat van andere (nog) niet overtuigend is aangetoond, hebben we de mogelijkheid om datgene in te zetten waar we goed in zijn en veel ervaring mee hebben, of om de keuze van onze inzet (vooral) te laten afhangen van wat de individuele patiënt wil en wat bij hem past (maatwerk en responsiviteit).
- Wij vinden het van belang de patiënt bij dit alles zo veel als mogelijk te betrekken. Niet alleen omdat dit volgens de regelgeving ook moet gebeuren, maar vooral omdat diens betrokkenheid en motivatie wezenlijk kan bijdragen aan de behandelresultaten.
- Ook de behandelaar draagt in belangrijke mate bij aan het uiteindelijke resultaat. Zijn houding en inzet is, in wisselwerking met dat van de patiënt, in dit hele proces van belang; we bespraken deze therapeutische relatie.
- Wij vinden het belangrijk om een actief beleid ten aanzien van de naastbetrokkenen te voeren.
- Bij al ons (be)handelen voegen we ons naar bestaande wet- en regelgeving en werkwijzen binnen de afdeling, instelling of zorgketen en proberen we deze tevens te benutten en te beïnvloeden ten behoeve van een goed verloop van het gehele behandeltraject.
- Ethische kwesties kunnen en moeten soms richting geven aan onze wijze van behandelen en bejegenen.
- Met voorbeelden is aangegeven waarom we het van belang vinden om als gehele instelling (De Tender, Transfore en Dimence Groep) goed en tijdig in te spelen op nieuwe ontwikkelingen.

12.2 CONCLUSIES

Voor de vorm en de inhoud van ons behandelaanbod betekent dit het volgende³⁵ :

- We monitoren jaarlijks het veiligheidsrisico van de fysieke context en we investeren in de veiligheid van de sociale context door agressiehanteringstrainingen, supervisie, intervisie en dergelijke.
- Bij en na de aanmelding streven we de 'Treeknormen' na; het verdere deel van the patients journey is vormgeven volgens het Model Kwaliteitsstatuut.
- De behandeling is multidisciplinair en wordt in principe halfjaarlijks geëvalueerd. Dat betekent dat er bij de intakebespreking en bij de evaluatie meerdere disciplines zijn betrokken, te weten psychiatrische, psychologische en sociale.
- De behandeling is gericht op 'duurzame delictpreventie' en opgezet volgens het Good Lives Model.
- We gebruiken standaard de FARE als risicotaxatie-instrument, op indicatie aan te vullen met andere.
- Op basis van de FARE en de andere intake-informatie wordt een, al dan niet 'voorlopige' delicttheorie geformuleerd die richting geeft aan de indicatiestelling.
- Behandelonderdelen die effectief zijn gebleken, maatwerk bieden en de patiënt actief betrekken behoren standaard tot het beschikbare aanbod.
- De behandeling is maatwerk. Dat impliceert individuele behandeling, tenzij een groepsaanbod gelijke of meerwaarde heeft.
- Voor patiënten met een andere culturele achtergrond is een specifiek aanbod van meerwaarde. De ontwikkelingen op dit terrein worden actief gevolgd en desgewenst geïmplementeerd.
- Vooralsnog is het niet nodig om voor vrouwelijke patiënten een specifiek aanbod te ontwikkelen. Het bestaande volstaat, met soms een ander accent (bijvoorbeeld bij diagnostiek, risicotaxatie of in de bejegening). Dit geldt ook voor andere genoemde groepen. Wel volgen we de ontwikkelingen op de voet.

³⁵ Sommige zaken staan bij publicatie van dit schrijven nog in de steigers.

- Wanneer de effectiviteit van een behandelvorm onderling niet verschilt, kiezen we op basis van andere argumenten zoals wens van patiënt, beschikbaarheid, gebruiksvriendelijkheid of prijs.
- We betrekken de patiënt actief. Deze wordt geïnformeerd en gevraagd om (passende) inspanning te leveren. We voldoen aan diens wensen als dit praktisch mogelijk is en behandelinhoudelijk verantwoord.
- Ook naastbetrokkenen worden door ons actief bij het behandelproces betrokken.
- We hechten waarde aan het welzijn en de kwaliteit van de medewerkers. Zij beschikken over opleidingsmogelijkheden en we verwachten dat ze gebruik maken van intervisie, werkbegeleiding, moreel beraad en dergelijke

Verder is relevant:

- We kennen en onderhouden heldere lijnen met de ketenpartners en we maken daar omwille van de behandelcontinuïteit bijtijds gebruik van.
- We initiëren en nemen deel aan nieuwe ontwikkelingen omtrent behandeling. We volgen actief wat er op ons terrein gebeurt.
- We volgen actief en dragen waar mogelijk bij aan de ontwikkeling inzake wet- en regelgeving.
- Als instelling nemen we deel aan behandelevaluatie op geaggregeerd niveau (o.a. ROM).

BIJLAGE 1: CASUS PIETER

Als voorbeeld van de in dit zorgprogramma voorgestane denk- en (be)handelwijze volgt hieronder het verloop van de aanmelding van en indicatiestelling bij Pieter³⁶.

SAMENVATTING AANMELDGEGEVENS

(Bron: IFZo-aanmelding en reclasseringsadviesrapport) Pieter (32) is door de reclassering

doorverwezen voor een verplichte forensisch ambulante behandeling, op basis van een voorwaardelijk sepot. De aanmeldreden is 'zware mishandeling' van zijn partner. De reclassering veronderstelt een 'delictpatroon' en verzoekt om een 'delictpreventieve behandeling'.

Uit de meegekomen informatie (enkel een reclasseringsadviesrapport) is te lezen dat Pieter zes jaar geleden is getrouwd met Marjet, het slachtoffer. Hij blijkt ook al eerder te zijn veroordeeld. Vijf jaar geleden, na de geboorte van hun oudste zoon, was er ook sprake van relationeel geweld. Van voor het huwelijk stammen nog de veroordelingen: mishandeling van zijn vorige partner, geweldpleging in het uitgaansleven (meerdere keren), mishandeling en bedreiging van een ex-collega en voor rijden onder invloed.

SAMENVATTING GEGEVENS INTAKEGESPREK

VERLOOP DELICT (Bron: Pieter en reclasseringsadviesrapportage) Pieter heeft zich ongeveer drie maanden voor het indexdelict ziek gemeld bij zijn werkgever en is sindsdien thuisgebleven. Ook trok hij zich terug uit de al spaarzame sociale contacten en activiteiten. Hij sloot zich steeds vaker op in zijn schuurtje, ook om ruzies te voorkomen. Daar dronk hij regelmatig een paar biertjes. Vaak meer dan hij zich had voorgenomen en dat ondanks beloften aan zijn vrouw om te stoppen. Zijn vrouw nam hem dit drankgebruik kwalijk en verweet hem dat hij zijn taken als vader verwaarloosde. Dergelijke momenten eindigden vaak in ruzies, waardoor zij haar pogingen om hier met elkaar over te praten opgaf en steeds meer haar eigen weg ging.

Op de dag van het delict had Pieter ongeveer zes pipjes bier gedronken. Toen hij vanuit de schuur de woonkamer in kwam trof hij zijn vrouw aan, klaar om naar een feestje te gaan. Pieter stoorde zich aan haar kleding - te korte rok en te dun bloesje, vond hij - en zei dat ze er 'als een hoer' uitzag. Er ontstond vervolgens een heftige woordenwisseling waarin ook

³⁶ Een soortgelijke gedachtenlijn is te vinden bij Bouman en Bulten, 2016.

Marjet zich niet onbetuigd liet, die uiteindelijk uitmondde in het fysiek geweld van hem (slaan en schoppen). Een week eerder vond een soortgelijk voorval plaats, ook met als aanleiding Marjets kledingkeuze. Toen mondde dit niet uit in fysiek geweld.

VOORGESCHIEDENIS (Bron: Pieter en reclasseringsadviesrapportage)

Pieter is opgegroeid in een boerengezin met drie zoons waarvan hij de jongste is. Zijn broers zijn respectievelijk zeven en vijf jaar ouder. Pieter werd regelmatig door zijn vader geslagen. Deze mishandelingen begonnen op vierjarige leeftijd, toen vader alcohol begon te drinken. Ook zijn oudere broers werden geslagen, maar naar Pieters indruk werd hij vaker en harder geslagen dan zij. Pieter trok zich in die tijd veel terug op zijn kamer, soms dagenlang. Zijn moeder was ook slachtoffer van het geweld van vader. Zij verliet het gezin toen Pieter 12 jaar was. Pieter ging toen enkele jaren bij oma en opa wonen (moederszijde), tot hij op 18-jarige leeftijd ging samenwonen. Pas daarna had hij ook weer contact met zijn moeder.

Pieter doorliep de basisschool met één doublure. Hij ging vervolgens naar de mavo (Middelbaar Algemeen Vormend Onderwijs), maar hij kon daar zijn draai niet vinden; hij werd gepest. Dat pesten stopte toen hij zijn pesters ging slaan. Deze agressie gaf hem wat zelfvertrouwen en aanzien. Zijn agressieve gedrag werd echter steeds heftiger en het deed zich steeds vaker voor. Op 14-jarige leeftijd kwam hij hiervoor met de politie in aanraking. Hij moest daarom ook van school en daarna ging hij naar het ito (Individueel Technisch Onderwijs). Uiteindelijk behaalde hij daar zijn diploma en kreeg hij werk als heftruckchauffeur. Op zijn 17e had hij zijn eerste baan. Hij werkt nu bijna 10 jaar bij hetzelfde bedrijf; men is daar tevreden over hem. Toen hij ongeveer zes maanden geleden een nieuwe voorman kreeg ontstonden er conflicten, waarin Pieter zich enkele keren zéér dreigend heeft uitgelaten. 'Logisch', aldus

Pieter, 'zo'n broekie hoeft mij niet te zeggen wat ik moet doen'. Op advies van een collega meldde hij zich ziek, enkele maanden voor het recente relationele geweld.

ZIEKTEGESCHIEDENIS (Bron: Pieter)

Pieter heeft in zijn leven meerdere depressieve perioden gekend, met somberheid, terugtrekgedrag, verhoogde prikkelbaarheid en dergelijke. Zo'n periode heeft zich de laatste jaren niet voorgedaan, maar de genoemde klachten namen de laatste weken sterk toe. Er ontstonden steeds meer aanvaringen, zowel met Marjet als met anderen in zijn omgeving. Hij kan er naar zijn zeggen niet goed tegen als hij zich onheus bejegend voelt. Hij erkent ook dat hij wel eens jaloers kan zijn en dat het hem dan moeite kost om zijn handen thuis te houden. Daarom zit hij ook graag in zijn schuurtje. Pieter kreeg indertijd een geringe dosis antidepressiva voorgeschreven door de huisarts; hij heeft verder geen geschiedenis in de GGZ.

ACTUELE SITUATIE (Bron: Pieter en reclasseringsmedewerker)

Na het delict verbleef Pieter enkele dagen in een politiecel. Daarna heeft hij een tijdelijk onderkomen gevonden op een camping. Daar kon hij niet langer blijven. In overleg met de reclassering, Veilig Thuis (inmiddels ook betrokken) en Marjet - zij wilde hem graag weer thuis hebben; de kinderen zouden ook naar hem vragen - werd besloten dat hij na de intake bij de polikliniek weer naar huis kon gaan, op voorwaarde dat hij aan een behandeling zou meewerken. Veilig Thuis kon hiermee instemmen mits ze gedetailleerd op de hoogte werd gehouden van de vorderingen in de behandeling en ze over de uitkomsten van de risicotaxatie mocht beschikken. Pieter is daarmee akkoord gegaan omdat hij bang was dat anders de kinderen uit huis moesten en omdat hij graag weer zo snel mogelijk naar huis wilde.

GESPREKSINDRUKKEN (Bron: intaker)

In het contact met Pieter bij de intake valt op dat hij vaak op wat boze, verongelijkte toon

praat en dan slecht in staat is tot nuanceren en zich te verplaatsen in anderen. De rustige maar wel sturende benadering van de intaker, waarbij deze de strijd met hem niet aangaat, lijkt op Pieter een kalmerend effect te hebben. Als hij rustig is blijkt dat hij in staat is tot zelfreflectie ('ik kan niet tegen onrecht', 'eigenlijk vertrouw ik niemand', 'ik heb moeite mijn agressie te beheersen', 'ik wil dit allemaal ook niet', 'ik wil graag een goede vader zijn'). En dan toont hij zich bereid aan zichzelf te werken; zo beschouwd is hij gemotiveerd voor behandeling.

UITKOMSTEN RISICOTAXATIE MET FARE

Op basis van de statische items is de actuariële risico-inschatting matig (score = 10). Op basis van het klinisch oordeel is het recidive risico matig tot hoog, afhankelijk van de actuele context. Zie tabel 5.1 voor de item scores per schaal.

Tabel SCORE VAN PIETER OP DE FARE.

Statische risicofactoren

S1	Leeftijd eerste politiecontact	4
S2	Aantal eerdere en huidige veroordelingen	3
S3	Diversiteit (dreigend) delictgedrag	3
S4	Regel overtredend gedrag in het verleden	0
S5	Instabiliteit opleiding/werk in het verleden	0
S6	Problematisch middelengebruik in het verleden	0

Dynamische risicofactoren

D1	Disfunctioneren opleiding/werk	4
D2	Financieel wanbeleid	0
D3	Delinquent sociaal netwerk	1
D4	Beperkte vrijetijdsbesteding	4
D5	Problematische (ex-)partnerrelatie	4
D6	Instabiliteit woonsituatie	0
D7	Problematisch middelengebruik	2
D8	Gebrekkige impulsbeheersing	3
D9	Disfunctionele oplossingsvaardigheden	4
D10	Antisociale houding	0
D11	Regelovertredend gedrag	0

DIAGNOSTISCHE OVERWEGINGEN (op basis van bovenstaande informatie)

Er is vermoedelijk sprake van affectieve en pedagogische verwaarlozing in het gezin van herkomst. Ook is er mogelijk sprake van hechtingsproblematiek dan wel verlatingsangst: (vermeende) dreigende verlaten roept bij Pieter jaloezie, achterdocht en wanhoop op, wat zich kan uiten in claimend gedrag en waarbij hij ook agressief kan worden. Pieter heeft een negatief zelfbeeld, mede op basis van het geslagen worden en gepest zijn. Het appel dat Marjet op hem doet, zeker als dat de vorm van verwijten aanneemt, raakt aan dit lage zelfbeeld en op een meer onbewust niveau aan zijn angst om verlaten te worden, en ook dat roept boosheid op.

Alcoholgebruik verlaagt de drempel naar geweld. Hij heeft onvoldoende vaardigheden om zijn onlustgevoelens tijdig te onderkennen en vervolgens meer adequaat te uiten. Zijn intelligentie imponeert als 'laag gemiddeld'. Zijn draagkracht wordt als matig ingeschat. Het wegvallen van het werk en het dientengevolge thuis-zijn verstoorden een wankel evenwicht. Zijn steunsysteem, naast zijn gezin, is beperkt.

Als werkdiagnose wordt de DSM-5 classificatie 'periodiek explosieve stoornis' gesteld, met het vermoeden van een onderliggende persoonlijkheidsstoornis met borderline, antisociale en ook vermijdende trekken. De depressieve klachten worden voorsnog als reactief ingeschat; een posttraumatische stressstoornis (PTSS) is niet uitgesloten.

UITKOMSTEN DELICTANALYSE;

VOORLOPIGE DELICTTHEORIE (op basis van bovenstaande informatie)

Werk is een beschermende factor (geweest), deze is weggevallen. Het door hem als bazig ervaren gedrag van zijn nieuwe leidinggevende raakt zijn lage zelfbeeld en mogelijk ook aan zijn ervaringen met zijn vader (autoriteitsprobleem? PTSS?). De verwijten van Marjet raken eveneens aan zijn lage zelfbeeld,

maar vooral aan zijn hechtingsproblematiek; ze triggeren verlatingsangst waarop hij met claimend gedrag en met geweld kan reageren. Zijn gebruikelijke copinggedrag houdt in: zich terugtrekken en drinken; uiteindelijk vechten. Dit is een 'oude' coping en schiet vaak tekort; hij heeft wat dit betreft geen goede leerschool gehad. Hij kende weinig goede voorbeelden (misschien opa en oma) en hij heeft geleerd dat hij met geweld kwetsingen kan stoppen (het slaan van zijn pesters) en aandacht kan krijgen. Hij heeft waarschijnlijk niet geleerd zijn gevoelens tijdig te onderkennen en te verwoorden.

De agressie kan gezien worden als reactie op 'zich gekleineerd voelen' en als reactie op 'angst om verlaten te worden'; er kan meer zicht op deze dynamiek komen na verder onderzoek. Zijn terugtrekgedrag dient ook om zijn agressie onder controle te houden; hij heeft dus wel enige sturing op zijn impulsiviteit; echter verlaagt alcohol de drempel. Naast 'werk' is ook zijn motivatie een beschermende factor. Van belang is ervoor te zorgen dat dit zo blijft. Misschien is ook zijn intelligentie een beschermende factor, en is deze vanwege de verwaarlozing onvoldoende benut.

De partnerrelatie is zowel een risicofactor als een beschermende factor. Het risico ligt in de wijze waarop het paar communiceert - lees: ruzie maakt - over zaken die niet goed lopen. De beschermende kant is te zien in het gegeven dat Pieter de laatste vijf jaar niet meer met Justitie in aanraking is geweest. Het is echter een broos evenwicht: zoals vijf jaar geleden de geboorte van het eerste kind dit evenwicht verstoortte, is dat nu het ziek thuis zijn van Pieter.

UITKOMSTEN MDO-INTAKE

Uit het MDO volgden geen wijzigingen in de delictanalyse en de delicttheorie. Daar werden de volgende behandelvoorstellen geformuleerd.

Leeswijzer: Met de aanduiding 'D + getal' wordt verwezen naar de corresponderende

risicofactoren van de FARE die met de betreffende interventie worden aangepakt; bijvoorbeeld D1 = 'disfunctioneren werk/ opleiding'. En met termen als 'context' of 'empowerment' of 'responsiviteit' wordt verwezen naar andere, met name de in hoofdstuk 3 en 4 beschreven, uitgangspunten.

EERSTE BEHANDELPLAN (op basis van delicttheorie en ingeschat actueel risico) OP KORTE TERMIJN

Er moet al snel wat gedaan worden. Als Pieter naar huis gaat is er zorg voor de veiligheid in het hier-en-nu en dat vraagt de eerste behandelaandacht.

•Systeeminterventie:

- Met het paar een time-outprocedure afspreken (zie bijvoorbeeld De Cnodder e.a., 2016) (context, D5).
- Met het paar en met anderen uit het netwerk ook een breder veiligheidsplan maken, bijvoorbeeld met hulp van de Signs of Safety (SOS) methodiek (Turnell & Edwards, 2009), of middels een Eigen Kracht-conferentie (Movisie, 2012). Met een dergelijk veiligheidsplan worden vragen beantwoord als:
 - o Naar wie kan Marjet bellen als ze zich onveilig voelt?
 - o Waar kan Pieter heen als bij hem de spanningen oplopen?
 - o Wie kan een veilig persoon zijn voor de twee kinderen?
 - o Waar kunnen de kinderen heen als het thuis even te spannend wordt?

Volgens deze methodieken worden hierover met al de betrokkenen, instellingen zowel als mensen uit het eigen netwerk - en dat laatste heeft de voorkeur - afspraken gemaakt die regelmatig geëvalueerd worden, tot men vaststelt dat ze niet meer nodig zijn (context, GLM, empowerment, D5).

• Behandelinterventies Pieter:

- Aandacht voor zijn emotieregulatie, bijvoorbeeld aan de hand van een agressie- en/of emotieregulatie training; bijvoorbeeld een Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS), of een agressieregulatie-training zoals AROPmaat (D8; D9).

- Ook vaktherapie kan hier ingezet worden.

Vervolgonderzoek

Met dit vervolgonderzoek komt er ook meer helderheid over Pieters responsiviteit (responsiviteit).

- Systeemtaxatie om de kenmerkende patronen, alsook om de sterkere zwakkere punten van het gezin beter in beeld te krijgen (context, D5).
- OConsult bij psychiater; depressieve klachten verkennen en verklaren, mogelijk is er samenhang met verhoogde prikkelbaarheid, en eventueel advies over medicatiegebruik (responsiviteit, biopsychosociaal model, D7, D8).
- Intelligentieonderzoek; opdat er meer helderheid komt over het appel dat er op Pieter gedaan kan worden en om LVB uit te sluiten (responsiviteit, mogelijk beschermende factor, D9).
- Persoonlijkheidsonderzoek; vooral de persoonlijkheidsdynamiek.

BEHANDELING OP DE LANGERE TERMIJN:

Hier worden vooral mogelijkheden genoemd omdat de uitkomsten van het nog uit te voeren vervolgonderzoek hierin betrokken moeten worden. Dus waarschijnlijk wordt de delicttheorie bijgesteld en meer verfijnd.

- Systeembehandeling: De wisselwerking tussen de partners zoals deze nu tot de ruzies kan leiden, beïnvloeden door de communicatiepatronen te wijzigen en de onderlinge band te versterken; liefst duurzaam. Hierbij is aandacht voor het aandeel van Marjet en voor haar (hechtings)geschiedenis onontkoombaar (beschermende factor, D5).
- Als het consult bij de psychiater daartoe aanleiding geeft; psychiatrische behandeling van de depressieve klachten (responsiviteit, D8).
- Psychotherapie, met aandacht voor hechtingsproblematiek en als hulp bij het onderkennen en verwoorden van gevoelens. Nadere invulling en indicatiestelling op basis van vervolgonderzoek en eerste ervaringen

(GLM, D8).

- Maatschappelijk werk: Er kan misschien bemiddeld worden in het conflict op het werk met als doel de werking van deze beschermende factor te herstellen (beschermende factor, D1).

OMGANG MET KETENPARTNERS

(VERWIJSCONTEXT, KETENSAMENWERKING)

- Veilig Thuis is betrokken bij dit gezin: Veilig Thuis heeft hetzelfde doel als een polikliniek: veiligheid, maar hanteert een andere invalshoek en werkwijze. Pieter ziet Veilig Thuis niet als partner, maar als bedreiging ('ze kunnen de kinderen uit huis halen...'). In het MDO werd niet uitgesloten dat Pieter om die reden minder open zal zijn over zijn agressieve gevoelens en fantasieën; uit therapeutisch oogpunt is weinig openheid hierover niet wenselijk. Er moet om die reden snel duidelijkheid komen over welke informatie er wanneer en op welke wijze naar Veilig Thuis gaat, in het vertrouwen dat er bij hoog risico altijd gemeld zal worden conform de bestaande meldcodes, zoals de 'meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling'.
- Reclassering: Deze wordt betrokken bij het adviesgesprek, waarbij er ook naar gestreefd wordt overeenstemming te krijgen over de wijze waarop deze wordt betrokken en geïnformeerd. Het vertrekpunt daarbij is verstreking van het behandelplan en de verslagen van het MDO, en deelname aan de behandelbeoordelingen.

VERDERE OVERWEGINGEN EN ACTIES OP BASIS VAN DE INFORMATIE

- Prioritering: Het uitgangspunt (ook) in dit zorgprogramma is dat er eerst aandacht komt voor de veiligheid op de korte termijn; dat is in deze casus ook het geval. Vervolgens kan er gewerkt worden aan meer duurzame veranderingen (zie ook paragraaf 1.1).
- Het is niet altijd mogelijk een logische volgorde aan te brengen in toe te passen interventies; de risicofactoren waarop ze zich richten interageren met elkaar. Het behandelverloop dient daarom actief

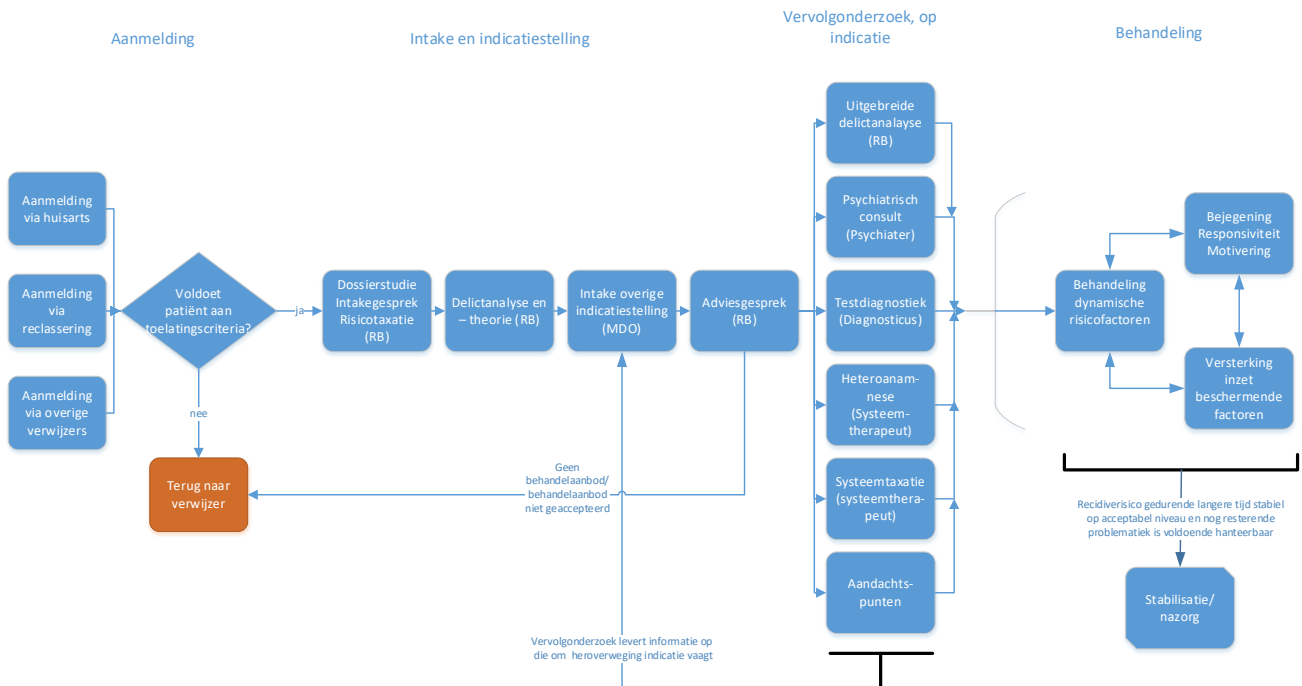
gevolgd te worden. Bij Pieter is de timing van de bemiddeling in het werkconflict van belang: Pieter moet iets steviger in zijn schoenen staan dan ten tijde van de intake, hij moet meer kunnen verdragen van een leidinggevende wil zo'n bemiddeling kans van slagen hebben. Hij zal dus eerst op enkele andere terreinen vorderingen moeten hebben gemaakt, zoals copingvaardigheden en zelfbeheersing (D8, D9).

- Het drankmisbruik (D7): Vanuit het MDO werd besloten hier eerst als polikliniek zelf aandacht aan te besteden: Pieter is gemotiveerd om zijn gebruik te matigen (empowerment, GLM). Er is vertrouwen in dat hij open zal zijn over zijn gebruik en dat straks zijn partner hierover vrij en zonder angst voor Pieter kan berichten. Wanneer blijkt dat hij toch weer veel gaat drinken kan alsnog verslavingshulpverlening ingezet worden. Vooralsnog heeft Pieter hierin de regie.
- Mogelijke PTSS: Het MDO besloot dit nu niet te onderzoeken, maar pas als daar vanuit de verdere contacten met Pieter aanleiding voor is (responsiviteit).
- Nadere invulling van de systeemtherapie en de eventuele psychotherapie heeft plaats na het volgende MDO. Dat staat gepland voor over drie maanden en dan liggen de resultaten van het vervolgonderzoek en de eerste bevindingen van de gepleegde interventies er (D5).

Tot zover 'casus Pieter'.

BIJLAGE 2: STROOMSCHEMA VAN THE PATIËNT JOURNEY.

(Uit Basis Zorgprogramma voor de forensisch



LITERATUURLIJST

Achterhuis, H. (2010). Met alle geweld. Een filosofische zoektocht. Rotterdam Lemniscaat.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.

Adams, J.R., Drake, R.E., & Wolford, G.L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric services*, 58, 1219-1221.

Aggarwal, N.K. (2012). Adapting the cultural formulation for clinical assessments in forensic psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 40(1), 113-118.

APA, American Psychiatric Association (2014). Handboek voor classificatie van psychische stoornissen (DSM- 5. Nederlandse vertaling van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Amsterdam: Boom.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010a). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39-55.

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010b). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.

Andrews, D.A., Guzzo, L., Raynor, P., Rowe, R.C., Rettinger, L.J., Brews, A., et al. (2012). Are the major risk/need factors predictive of both female and male reoffending? A test with the eight domains of the level of service/case management inventory. *International Journal of Offender Therapy and Comprehensive Criminology*, 56(1), 113-33.

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-24.

Anthony, W.A., Cohen, M., & Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Baldwin, S.A., & Imel, Z.E. (2013). Therapist Effects: Findings en Methods. In: M.J. Lambert (red), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, (6e editie), (pp. 258-297). New York, NY: John Wiley & Sons.

Baljon M. Het hanteren van relatiebreuken. In: Colijn S, Snijders H, Thunnissen M, Bögels S,

Trijsburg W. *Leerboek psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009. p. 437-47.

Bianchini, V. e.a. Dialectical behaviour therapy (DBT) for forensic psychiatric patients: An Italian pilot study. *Crim Behav Ment Health*. 2019; 1-9.

Bierbooms, J.J.P.A., Barendrecht, C., Martinelli, C., Lorenz, K., van Bokkem, S, & Dijkslag, D. (2017a) *Ervaringsdeskundigheid in de FGGZ; een overzicht uit literatuur een praktijk*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

Bierbooms, J.J.P.A., Bouman, Y.H.A., Dijkslag, D., Muller, J., & Kimpen, R.J.J. (2015). *Do's en don'ts van forensische E-health*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

- Bohart, A., & Greaves Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. In: M.J. Lambert (red), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change (6e editie), (pp. 219-257). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Borsboom, D. (2017). A Network Theory of Mental Disorders. *World Psychiatry*, 16, 5-13.
- Bottos, S. (2007). Women and violence: Theory, risk and treatment implications. Research report No. R-198. Ottawa, ON, Canada: Research Brand Correctional Service Canada.
- Bouman, Y., & Bulten, E. (2016). ROMmen met risicotaxatie in de forensische psychiatrie. *PsXpert*, 2(4), 25-35.
- Bouman, Y.H.A., & Bulten, B.H. (2009). De protectieve werking van kwaliteit van leven: Een good lives- benadering. In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden: Actualiteit, geschiedenis en toekomst*, (pp. 501-519). Deventer: Kluwer.
- Bullens, R.A.R., & van Beek, D.J. (2004). Protocollaire ambulante behandeling van pedoseksuele plegers. In: G.P.J. Keijsers, A. Van Minne, & C.A.L. Hoogduin, (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (2e druk), (pp. 308-337). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, VS: American Psychiatric Publishing.
- Colijn, S., Snijders, H., & Trijsburg, W. (2009). Universele therapiefactoren. In: S. Colijn, H. Snijders, H. Thunissen, S. Bögels, & W. Trijsburg, (red.) *Leerboek psychotherapie*, (pp. 159-168). Utrecht: De Tijdstroom.
- Cramer, A.O.J. (2017). Psychische stoornissen als symptoomnetwerken. *PsyXpert*, 3(2), 11- 18
- De Cnodder, B., Bijlsma, J., & Savenije, W. (2016). *Time Out training*. Groningen.
- Decoene, S. (2016). *Over stoute dingen doen: Een inleiding crimonologische psychologie*. Leuven / Den Haag: Acco.
- De Beer, Y. (2011). *De Kleine Gids: Mensen met een licht verstandelijke beperking*. Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- De Ruiter, C., & Veen, V .C(2005). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Vogel, V., de Ruiter, C., & Bouman, Y. (2007). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting: Introductie van de SAPROF. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 102-119.
- De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012a). *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag*. 2e Editie. Utrecht, The Netherlands: De Forensische Zorgspecialisten.

De Vogel, V., Stam, J., Bouman, Y., ter Horst, P., & Lancel, M. (2014). Gewelddadige vrouwen: Een multicenter onderzoek naar kenmerken van vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 439-447.

De Vogel, V., de Vries Robbé, M., van Kalmthout, W., & Place, C. (2012b). Female Additional Manual (FAM). Additional guidelines to the HCR-20 for assessing risk for violence in women. English version. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek

De Waal, F. (1996; 2007). Van nature goed. Olympus.

De Waal, F. (2007). Evolutionaire ethiek, agressie en geweld. *Groepen* (jubileumnummer) 42-51.

De Wit, M., Moonen, X. & Douma, J. (2011). Richtlijn Effectieve Interventies LVB: aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.

Dehue, T. (2008). De depressie epidemie. Amsterdam: Augustus.

Dehue, T. (2014). *Betere Mensen*. Over gezondheid als keuze en koopwaar. Amsterdam: Augustus.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2017). DJI in getal 2012-2016, geraadpleegd via https://www.dji.nl/binaries/DJI%20in%20getal%202012-2016_tcm41-271319.pdf

Dodge, K., & Pettit, G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.

Duncan, B., Miller, S., Sparks, J., Claud, D., Reynolds, L., Brown, J., & Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a "working" alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27, 1361-1367.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2017). <https://efp.nl/projecten/zorgprogrammas>

Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2017). Generieke module vaktherapie, geraadpleegd via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/vaktherapie>

GGZ NEDERLAND (2014). BETER ZORG, VEILIGER SAMENLEVING: VISIEDOCUMENT FORENSISCHE ZORG. UTRECHT: GGZ NEDERLAND.

GGZ Nederland (2015). *Geen titel, wel zorg*. Utrecht: GGZ Nederland.

GGZ Nederland (2016). *Model Kwaliteitsstatuut GGZ*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Goekoop, R., & Goekoop, J.G. (2016). Netwerkclusters van symptomen als elementaire syndromen in de psychopathologie: consequenties voor de klinische praktijk. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*,

58(1), 38-47.

Groen, M. en Van Lawick, J. (2013). *Intieme Oorlog, over de kwetsbaarheid van familierelaties. (7e herziene en uitgebreide druk.)* Amsterdam, Van Gennip BV.

Hafkenscheid, A. (2013). De therapeutische relatie. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 51, 1-18.

Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Haman, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 403-409.

Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1998). Appraisal and management of risk in sexual aggression: Implications for criminal justice police. *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 73-115.

Hildebrand M, de Ruiter C. (2001). *SARA: Beoordelen van het risico van huiselijk geweld. Versie 2*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Stichting.

Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., & Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimisation, and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 191, 343-350.

Hornsveld, R.H.J. (2007). *Assessment and treatment of violent forensic psychiatric patients with a conduct or antisocial personality disorder in the Netherlands*. Proefschrift, Nijmegen 2007

Hornsveld, R. H. J. (2013). *Held zonder geweld: Behandeling van agressief gedrag*. Boom Amsterdam.

Hornsveld, R.H.J., & van Dam-Baggen, C.M.J. (2004). *Held zonder geweld. Behandeling van agressief gedrag*. Amsterdam: Boom.

Hornsveld, R.H.J., & De Vries, E.T.(2009). *Held zonder geweld: Behandeling van agressief gedrag, deel 2*. Boom Amsterdam.

Janse, P.D., de Jong, K., van Dijk, M.K., Hutschemaekers, G.J.M., & Verbraak, M.J.P.M. (2017). Improving the efficiency of cognitive behavioral therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27(5), 525-538.

Janzing, C., & Kersten, J. (2012). *Werken een therapeutisch milieu, 6e herzien druk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

JENUWINE, M.J., SIMMONS, R., SWIES, E. (2003). Community supervision of sex offenders: Integrating probation and clinical treatment. *Federal Probation*, 67(3), 20-27.

Johnson, S.M. (2004) *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy, Second Editon*. New York: Brunner-Routledge.

Keulen-de Vos, M.E., Verschuur, J., Dijkslag, D., Alberink, A., Renkema, E., Slijter, B., & de Wit, B. (2018). *Eindrapport basiszorgprogramma voor de forensisch ambulante zorg*. Utrecht: Kwaliteit

Forensische Zorg.

Kip, H., Bouman, Y.H.A., Kelders, S.M., & van Gemert-Pijnen, L.J.E.W.C. (2018). A review of the current state of E-health in forensic psychiatry, *Frontiers in Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00042>

Kirmayer, L.J., Rousseau, C., & Lashley, M. (2007). The place of culture in forensic psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 35(1), 98-102.

Koelen, J.A., & Koopmans, T.A. (2017). De patiënt die zijn eigen behandeling voorspelt. Patiëntkenmerken als voorspellers van behandelingsucces. *PsyXpert*, 3(3), 30-39.

Koenraadt, F.A.M.M., & Kool, R.S.B. (2013). Een herstelgerichte benadering van delinquenten met een psychische stoornis. *Proces: tijdschrift voor berechting en reclassering*, 5, 304-315.

Korrelboom K., & Broeke, E. ten (2014). Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk. Bussum: uitgeverij Coutinho.

KROPP, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D., & Eaves, E. (1999). *The SPOUSAL ASSAULT RISK ASSESSMENT GUIDE (SARA)*. Washington, DC: American Educational Research.

Lambert, M.J. (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Landelijk platform GGZ, (2016). *HANDLEIDING Familiebeleid GGZ*.

Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Uitgever: Trimbos-instituut, Utrecht.

Larimer M.E., Palmer R.S, Alan Marlatt, G. (1999). Relapse Prevention: An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. *Alcohol Research & Health* 23; 2 pp 151-160.

Linehan, M.M. (2016a). *De DGT-vaardigheden: handleiding voor de vaardigheidstraining dialectische gedragstherapie*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Linehan, M.M. (2016b). *De DGT-vaardigheden werkboeken*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Livingston, J.D., Nijdam-Jones, A., Lapsley, S., Calderwood, C. & Brink, J. (2013). Supporting Recovery by Improving Patient Engagement in a Forensic Mental Health Hospital: Results From a Demonstration Project. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 132-145.

LOVELL, D., GAGLIARDI, G., & PHIPPS, P. (2005). *Washington's dangerous mentally ill offender law: Was community safety increased?* Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.

Metz, M. (2018). *Shared decision making in mental health care*. Academisch proefschrift VU, Amsterdam.

Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sparks, J., & Claud, D. (2003). The outcome rating scale:

A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.

Miller, S.D., Hubble M.A., Chow, D., Seidel, J. (2017). Meer dan meten en monitoren: het benutten van feedback tijdens een behandeling. *Gezinstherapie wereldwijd*, 28, 344-362.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2013). Beleidsreactie RVZ Stoornis en Delict. Den Haag: Ministerie van VWS.

Movisie (2012). Methodebeschrijving Eigen Kracht-conferentie. Databank Effectieve sociale Interventies. <https://www.movisie.nl/databank-effectieve-sociale-interventies>

Mulder, J., & van Beek, D.J. (2002). De rol van cognitieve vervormingen in het plegen van pedoseksuele delicten en hun plaats in de behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 79-86.

Mulder, M., Galema, A., Rooks, A., Plomp, R. (2015). Weet wat je kan. <https://kfz.nl/resultaten/call-2013-3>

Nagtegaal, M.H., & Schönberger, H.J.M. (2013). Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden (Memorandum 2013-1). Den Haag: WODC 2013.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2009). Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen. Utrecht: Trimbos Instituut.

Nederlandse Zorg Autoriteit. Factsheet wachttijden in de ziekenhuiszorg en GGZ. Beschikbaar via https://www.nza.nl/1048076/1048181/Factsheet_wachttijden_in_de_ziekenhuiszorg_en_GGz.pdf

Netto, N.R., Carter, J.M., & Bonell, C. (2014). A Systematic Review of Interventions That Adopt the "Good Lives" Approach to Offender Rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53, 403-432.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, (2016). GENERIEKE MODULE Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek.

Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Nussbaum, A.M. (2014). *Werken met de DSM-5. Praktijkgids*. Amsterdam: Boom.

Odgers, C. L., Moretti, M. M., & Reppucci, N. D. (2005). Examining the science and practice of violence risk assessment with female adolescents. *Law and Human Behavior*, 29, 7-27.

Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A selfcontrol model of treatment and maintenance of change. *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment*, 214-239.

Pomp, E. (2009). Het Good Lives Model, een literatuurstudie. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Roelofsen, B., Salverda, S., de Cnodder, B., Verschuur, J., Bult, C., Prins, R., & Brummelaar, M. (2017). Handboek voor het toepassen van het blended behandelprogramma Relationeel Geweld. Divisie Forensische Psychiatrie, GGZ Noord-Holland-Noord; 2 Ambulante Forensische Psychiatrie

Noord-Nederland, Forint/Lentis; Polikliniek De Tender (Stichting Transfore); 4 Minddistrict BV.

Rogers, C.R. (1951). *Cliënt-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Rogers, C.R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595-605.

Savenije, A., van Lawick, M.J., & Reijmers, E.T.M. (2014). *Handboek systeemtherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Safran JD, Muran JC, Samstag LW. Repairing alliance ruptures. In: Norcross JC (Ed). *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 235-54.

[Shaffer D.](#), (2008). *Social and Personality Development, International Editio*. Cengage Learning, Inc.

Smeijsters, H., & Gleven, C. (2004). *Vaktherapie in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertise centrum Forensische Psychiatrie.

Smid, W.J., Koch, M., & van den Berg, J.W. (2014). *Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014) geautoriseerde Nederlandstalige vertaling*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.

Spaniol, L., Gagne, C., & Koehle, M. (1997). *Psychological and social aspects of psychiatric disability*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation.

Stinckens, N. (2008). Werken met de innerlijke criticus: microtheorie van een procestaak. In: Lietaer, G., Vanaerschot, G., Sniijders, J.A., Takens, R.J. (red.) *Handboek Gesprekstherapie*.

Thomes-Vreugdenhil, A (1999) *Relationeel gestoorde jongeren. Een onderscheid in verwaarlozingsproblematiek en een behandelingsvoorstel*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Troquete, N., (2014). *START-ing Risk Assessment and Shared Care Planning in Out-patient Forensic Psychiatry. Results from a cluster randomized controlled trial*. Wöhrmann, Zutphen.

Turnell, A. & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kindbescherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Van Dale (1999). *Groot Woordenboek der Nederlandse taal*. Van Dale Lexicografie, Antwerpen/ Utrecht.

Van den Bosch, W., Meijer, S., & Backer, H. (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie: de klinische praktijk*. Amsterdam: Pearson Benelux Clinical.

Vandeperre, A. (2016). *Behandelvaardigheden en werkrelatie bij forensische cliënten* In: S.

Decoene (red). *Over stoute dingen doen: Een inleiding crimonologische psychologie*, (pp. 273-288). Leuven / Den Haag: Acco.

Van der Laan, A.M., Blom, M., Tollenaar, N., & Kea, R. (2010). Trends in de geregistreerde jeugdcriminaliteit onder 12- tot en met 24-jarigen in de periode 1996-2007: Bevindingen uit de Monitor Jeugdcriminaliteit 2009. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC).

Vanheule, S. (2015). Psychodiagnostiek anders bekeken: Kritieken op de DSM - Een pleidooi voor functiegerichte diagnostiek. Leuven: Lannoo Campus.

Van Heycop ten Ham B.F. (2016). Transdiagnostisch behandelen met het Unified Protocol. *PsyXpert*, 2(3), 45-51.

Van Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M., Bohlmeijer, E. (2014). *Transdiagnostische factoren: Theorie en Praktijk*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Van Horn, J.E., Eisenberg, M., & Uzieblo, K. (2016a). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 583-592.

Van Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., van den Hanenberg, F.J.A.C., van der Put, C.E., & Bogaerts, S. (2016b). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie- FARE, versie 1.0*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

Van Oenen, F.J., (2017). *Feedback Informed Treatment in emergency psychiatry, a poor FIT? VU Amsterdam*; proefschrift.

Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis uitgevers.

Van Os, J., Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Hoogendijk, W. J. G., Leentjens, A. F. G. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(3), 245-53.

Van Os, J., Tan, N., & Honings, S. (2015). *Functionele diagnostiek in de forensische psychiatrie: een literatuuronderzoek*. Aangeboden ter publicatie.

Van Veldhuizen, J.R. (2007). FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal*, 43(4) 421-433.

Vonk, R. (1999). *Cognitieve Sociale Psychologie*. Utrecht: Lemma BV.

Vrinten, M., Keulen-de Vos, M.E., Schel, S., Cima, M., & Bulten, E. (2015). *De delictanalyse in de forensische zorg*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

Ward, T., Bickley, J., Webster, S. D., Fisher, D., Beech, A., & Eldridge, H. (2004). *The Self Regulation Model of the Offense and Relapse Process: Volume 1: Assessment*. PaciUic Psychological Assessment Corp.

Ward, T., & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.

Webster, C. D., Martin, M. L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. (2009). *Manual for the Short-*

Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Version 1.1). Port Coquitlam, BC: Forensic Psychiatric Services Commission and St. Joseph's Healthcare.

Wichers, M., Wigman, J.T., Bringmann, L.F., & de Jonge, P. (2017). Mental disorders as networks: some cautionary reflections on a promising approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 143-145.

Wong, T., Blom, M., & Van der Laan, A. (2012). De inhaalslag van vrouwen? Omvang, aard en trends in criminaliteit onder meisjes en vrouwen. In: A. Slotboom, M. Hoeve, M. Ezinga, & P. van der Helm (red.), *Criminele meisjes en vrouwen: achtergronden en aanpak*, (pp. 11-42). Den Haag: Boom Lemma.

Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Zimbardo, Ph. (2007). *The Lucifer Effect. Understanding how Good People turn Evil*. USA: Random House.

Zoon, M. (2012). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut.

TRANSFORE

