



KWESTIE VAN GOEDE ZEDEN

TRANSFORE



Zorgprogramma

SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	5
Voorwoord	6
Inleiding	
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 seksueel grensoverschrijdend gedrag	11
Hoofdstuk 3 Theoretische uitgangspunten	11
3.1 Biopsychosociaal Model	11
3.2 Terugvalpreventie model	12
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 Samenvattend	16
Hoofdstuk 4 Andere uitgaanspunten	17
4.1 Organisatie en Regelgeving	17
4.2 Shared Decision Making	18
4.3 Ervaringsdeskundigheid	18
4.4 Naastbetrokkenen	19
4.5 De ketensamenwerking	20
4.6 ROM; Monitoring en Measurement	21
Hoofdstuk 5 Veiligheid	22
5.1 Veiligheid in de toekomst	22
5.2 Veiligheid in het heden	23
5.3 Gebouw en inrichting	23
5.4 De medewerker	23
5.5 De patiënt	24
5.6 Sociale context	24
6.1 Vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag	25
6.2 Onderliggende oorzaken	25
Afsluitend	27

Hoofdstuk 7	De doelgroep nader omschreven	27
7.1	Vanuit de DSM-5	27
7.1.1	Licht verstandelijke beperking	29
7.2	Vanuit typologieën	30
7.2.1	Typologie naar delicttype: MTC-typologie	30
7.3	Vanuit de zelfregulatiestijl	31
7.4	Specifieke subgroepen	31
7.4.1	Sekse	32
7.4.2	Culturele achtergrond	33
7.4.3	Seksueel grensoverschrijdend gedrag op het internet	34
7.4.5	Overig subgroepen	35
Hoofdstuk 8		35
Hoofdstuk 9	Behandelorganisatie	37
9.1	Voortraject en aanmelding	37
	De verwijzing	37
	Aanmeldprocedure	37
9.2	Intake, risicotaxatie, delictanalyse	37
	De hulpvraag	38
	Risicotaxatie	38
	Tabel 9.1 Items van de FARE	39
	Delictanalyse en delicttheorie	39
	MDO-intake	40
	Advisering	40
9.3	Aanvullend onderzoek	40
	Psychologische testdiagnostiek	40
	Heteroanamnese	40
	Systeemtaxatie	41
	Psychiatrische diagnostiek	41
	Medisch-somatisch onderzoek	41
	Vaktherapeutisch onderzoek	41
	Onderzoek naar culturele achtergrond	41
	Diagnostiek van verslaving	41
9.4	Behandeling	42
	Verskil in effectiviteit	42
	Delictgerichte en stoornisgerichte behandeling	43
9.5	Afsluiting en nabehandeling	43
	Afsluiting	44
	Nabehandeling	44

Hoofdstuk 10	Behandelaanbod	45
10.1	Behandelvisie en attitude	45
10.2	Ambulante groep	46
	Verantwoording	46
	Doelstelling	46
	Inhoud en werkwijze	46
10.3	Eendaagse deeltijd zeden	46
	Werkwijze en samenstelling	46
10.4	De vierdaagse deeltijd zeden	47
	Werkwijze en samenstelling	47
10.5	Nazorg	48
10.6	Sociale context	48
	De 'verwantenavond'	48
	De 'gespreksgroep voor familie'	48
10.7	COSA	49
Hoofdstuk 11	Behandelaanbod	49
11.1	Vaktherapie	49
11.2	Psychologische behandelingen	50
11.3	Systeembehandeling	50
11.4	Psychiatrische behandeling	51
11.5	Delictketen en preventieplan	51
11.6	Aanbod LVB	51
11.7	Forensische (F)ACT	52
11.8	E-health	53
11.9	Ten slotte	54
Hoofdstuk 12	Bijzondere aandachtspunten	54
12.1	Behandeklimaat en therapeutische relatie	54
	Fysieke omgeving:	55
	Sfeer; therapeutisch relatie	56
12.2	De forensisch behandelaar	56
12.3	Responsiviteit	56
12.4	Ethiek	57
12.5	Toekomstige ontwikkelingen	58
Hoofdstuk 13	Samenvatting en conclusies	59
13.1	Samenvatting	59
13.2	Conclusies	60
Literatuurlijst		62

Voorwoord

Voor u ligt de derde druk van 'Een kwestie van goede zeden', een zorgprogramma van De Tender, polikliniek van Stichting Transfore dat deel uitmaakt van de Dimence Groep. De eerste druk stamt uit 2010 en in 2014 is de inhoud grondig herzien.

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 derde druk is dat gedaan.

Dit zorgprogramma is bedoeld voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. De titel 'Een kwestie van goede zeden' spreekt uit dat gestreefd wordt naar een adequate manier van seksuele omgang en dat seksueel grensoverschrijdend gedrag moet stoppen. Patiënt en samenleving moeten met elkaar verder zonder dat dit gedrag zich herhaalt; de veiligheid dient te worden gewaarborgd. Onder andere forensische poliklinieken hebben hierin een taak. Dit zorgprogramma beoogt deze taak mede uit te voeren.

In het bredere forensisch ambulante veld was 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 derde druk van 'Een kwestie van goede zeden'.

Ook deze derde druk zal een beperkte houdbaarheid hebben. Er vindt voortdurend onderzoek plaats naar de effectiviteit en efficiëntie van behandelingen, wet- en regelgeving wijzigt 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 jaarlijks 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 kijck geven in wat we doen, en waarom we dat doen.

We danken alle patiënten en 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 locaties¹. 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 'Een kwestie van goede zeden' is gericht op voorkoming van (verder)

seksueel 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) gewelddadig grensoverschrijdend gedrag is het zorgprogramma 'Tot hier en nu verder' ontwikkeld dat inmiddels de tweede, 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 seksueel grensoverschrijdend gedrag. Voornaamste doel is het duurzaam terugdringen van het recidiverisico tot acceptabel niveau, in acceptabele vorm en onder voldoende controle.

De variatie aan gedrag dat als seksueel grensoverschrijdend 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 90% van onze behandeling en werkwijze beschreven hebben.

We kozen ervoor om met de structuur van dit zorgprogramma aan te sluiten bij het Model Kwaliteitsstatuut GGZ², 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.

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>

Volgens het Model Kwaliteitsstatuut doorloopt een patiënt in zijn behandelingsproces vijf 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', meer praktische. Er wordt een afzonderlijk hoofdstuk gewijd aan 'veiligheid' (hoofdstuk 5) gezien het belang hiervan bij het forensisch behandelen. In hoofdstuk 6 wordt 'seksueel grensoverschrijdend gedrag 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 en 11 besteden we aandacht aan het specifieke behandelprogramma bij seksueel grensoverschrijdend gedrag en enkele belangrijke onderdelen van 'ons behandelaanbod'. Hoofdstuk 12 is een hoofdstuk met 'bijzondere aandachtspunten' zoals behandelklimaat, te verwachten ontwikkelingen en enkele ethische zaken die beschouwing en keuzes vragen. In hoofdstuk 13 volgen 'samenvatting' en 'conclusies'.

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 noemen³.

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

³Dit is ook niet nodig omdat het intellectueel eigendom ervan mede bij de redactie ligt.

HOOFDSTUK 1

DOELSTELLING EN DOELGROEP

Allereerst besteden we kort aandacht aan de doelstelling van De Tender als forensische polikliniek en aan haar doelgroep. In 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 richtlijn⁴. 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 gemaakt voor hun gedrag en welzijn.

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.

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 GRENDOVERSCHRIJDEND 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 GRENDOVERSCHRIJDEND 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).

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

Stichting Transfore heeft als missie en 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 SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

De meeste patiënten die vanwege seksueel grensoverschrijdend gedrag bij De Tender worden behandeld, hebben met dit gedrag grenzen van anderen of algemeen geldende normen en waarden ten aanzien van de omgang met seksualiteit overschreden. Behandeling heeft dan ook als eerste doel dat het betreffende gedrag wordt gestopt en dat onderzocht wordt wat hiervoor nodig is. Het tweede doel is dat er acceptabel en tevredenstellend seksueel gedrag voor in de plaats komt.

We hanteren hierbij als uitgangspunt dat seksualiteit een wezenlijk onderdeel is van het mens-zijn. Er kan alleen sprake zijn van een goede omgang met seksualiteit als daarmee geen directe of indirecte schade

bij anderen wordt aangericht. Daarnaast kan er alleen sprake zijn van een goede seksuele relatie met een ander wanneer er gelijkwaardigheid, wederzijdse instemming, respect en verantwoordelijkheid is. Hiervoor is kennis nodig van de eigen seksualiteit, van seksualiteit en intimiteit in ruimere zin en van algemene menselijke en maatschappelijke opvattingen over dit thema. 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 biopsychosociale model (Dodge & Pettit, 2003; Engel, 1977) is dat gedrag, dus ook seksueel grensoverschrijdend gedrag, de uitkomst is van het samenspel tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Daarmee impliceert dit model ook dat de problematiek multidisciplinair moet worden beschouwd en benaderd.

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. De noodzaak van een

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'.

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 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.
- **Behoeftepincipe (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, en 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 deze dynamische factoren. Veel van 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 voorkomen (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 er een laag risico worden gemeten, maar betreft dat 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 behandelintegriteitsprincipe 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, 2018).

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) 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 behandel aanbod.

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 behandel aanbod (Keulen-de Vos, 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 delict risico 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/zorgprogramma>, 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 uiteinden 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 11 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 op basis van psychopathologie is 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 hechtingstijl 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' hechtingsstijl 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). Behandeling kan erop gericht zijn 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 cognitief-gedragstherapeutische uitgangspunten werden al genoemd bij het terugvalpreventiemodel, en worden ook veel gehanteerd wanneer men behandelt volgens de what works principes. Verworven inzicht of nieuw aangeleerde vaardigheden zijn lang niet altijd voldoende om tot ander gedrag over te gaan. Meer experiëntieel 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 er woedt nog steeds een scholenstrijd. Echter bij nadere beschouwing zijn veel van de verschillen erg betrekkelijk. Soms wordt het ene wat meer beklemtoond dan het andere, maar 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 de modus 'straffende ouder' uit de schematherapie (Young e.a. 2005). Ook de 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 bovengenoemde overeenkomsten te maken hebben en ook met (andere) zogeheten 'non-specifieke factoren' (in hoofdstuk 12 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 behandel(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 behandelaanbod 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 behandeldoelen. 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 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

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

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

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:

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

Vooraf 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.

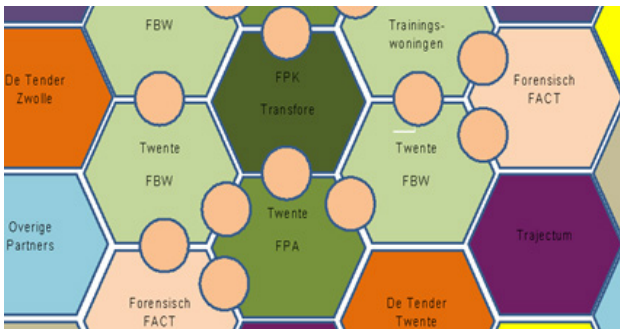
In toenemende mate wordt geprobeerd deze zorgketen te versterken en zo binnen een regio tot betere 'ketenzorg' te komen. Dit is voor de patiënt van belang maar ook voor de veiligheid. Met andere GGZ-instellingen en bijvoorbeeld met de Veiligheidshuizen, kan men werken aan een sluitend zorgnetwerk. Men 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

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.

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, 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

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).

niet geschikt voor een kwantitatieve behandelbeoordeling 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 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 behandelaars 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 scherpte'. 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 wanhoopscaden 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 patiënt¹³. 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

SEKSUEEL GRENSOVER- SCHRIJDEND GEDRAG NADER OMSCHREVEN

In dit hoofdstuk gaan we in op wat seksueel grensoverschrijdend gedrag is en welke vormen er bestaan. Daarnaast worden enkele verklaringen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag en de geschiedenis ervan beschreven.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gedefinieerd als seksueel en seksueel gemotiveerd gedrag jegens een slachtoffer, zonder instemming van het slachtoffer, al dan niet gepaard gaand met geweld, dan wel jegens een slachtoffer die de wet niet in staat acht tot instemming. Dit kunnen kinderen

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.

onder de 16 jaar zijn, maar ook volwassenen die een verstandelijke beperking hebben, buiten bewustzijn verkeren of zich in een afhankelijkheidsrelatie bevinden, zoals een relatie tussen arts en patiënt of leraar en leerling (EFP, 2019).

Ook het in bezit hebben van pornografisch materiaal met kinderen die er jonger uitzien dan 18 jaar geldt als seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit is niet het geval bij andere pornografie, ook niet als het pornografische afbeeldingen van seksueel geweld betreft. Het aanbieden van pornografie op openbare plaatsen en aan kinderen onder de 16 jaar is echter wel strafbaar en daarmee grensoverschrijdend. Het gaat hierbij overigens om de aannemelijkheid dat een seksueel delict heeft plaatsgevonden (KFZ, 2018).

Dit zorgprogramma is gericht op plegers die (nog niet) zijn veroordeeld en plegers die zijn veroordeeld voor een niet-seksueel delict met duidelijke seksuele aspecten.

6.1 VORMEN VAN SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht is strafbaar seksueel gedrag terug te vinden bij de misdrijven tegen de zeden, in de artikelen 239 tot en met 250 en artikel 254 (Kool, 2007). De eerste artikelen, 239 en 240, beschrijven de non-contact (hands-off) delicten, seksuele delicten zonder direct fysiek contact met het slachtoffer. Deze delicten zijn exhibitionisme, pornografie tonen (ongevraagd of aan kinderen) en het bezitten of verspreiden van kinderpornografie. De artikelen 242 tot en met 249 omschrijven de contact (hands-on) delicten, delicten waarbij sprake is van direct fysiek contact met het slachtoffer. Deze delicten zijn verkrachting, aanranding, (verleiden tot) ontucht en online grooming. Artikel 254 omvat seks met dieren en pornografie met dieren.

De prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt wisselend weergegeven in de wetenschappelijke literatuur. Een belangrijke reden hiervan is het hoge "dark number". Waar de algemene aangiftebereidheid boven de 30 procent ligt, worden seksuele delicten het minst vaak aangegeven (Mali, 2007).

Uit een onderzoek van de Rutgers Nisso Groep (De Haas, 2012) bleek dat ongeveer drie op de tien mannen en ongeveer de helft van de vrouwen één of meerdere vormen van niet-fysieke seksuele grensoverschrijding hebben meegemaakt. Respectievelijk 11% van de mannen en 31% van de vrouwen tussen de 15 en 25 jaar heeft ooit in zijn of haar leven een fysieke seksuele grensoverschrijding meegemaakt. Bij mannen en vrouwen tussen de 25 en 71 jaar is dit respectievelijk 13% en 42%. Van deze mannen en vrouwen heeft respectievelijk 13% en 19% aangifte gedaan. In de jongere leeftijdsgroep is dit aangiftepercentage 17% bij de mannen en 12% bij de vrouwen. Er is meestal één dader, veelal een bekende van het slachtoffer. Sinds 2006 zijn er nauwelijks verschuivingen opgetreden in de prevalentie van seksueel geweld.

6.2 ONDERLIGGENDE OORZAKEND

Er bestaan verschillende theorieën over de oorzaken van seksueel grensoverschrijdend gedrag. De geschiedenis laat zien dat het accent in de loop der tijd wat is verschoven. In de jaren '60 en '70 waren de theorieën voor seksueel grensoverschrijdend gedrag gebaseerd op een enkelvoudige factor, zoals een deviante seksuele voorkeur of beperkte sociale vaardigheden (Ward, Polaschek, & Beech, 2006).

Vervolgens ontwikkelde Finkelhor (1984) een multifactorieel model op het gebied van seksueel grensoverschrijdend gedrag naar kinderen, het "Four preconditions model". In dit model komen psychologische en sociologische randvoorwaarden naar voren,

verdeeld in vier groepen:

1. Seksuele en/of emotionele drijfveren van de pleger;
2. Gebrek aan of afwezigheid van interne controle bij de pleger;
3. De aanwezigheid van een situatie waarin het delict gepleegd kan worden en een gebrek aan externe controle;
4. Grooming-strategieën om toegang tot het slachtoffer te krijgen. Grooming is een algemeen woord voor manipulatiestrategieën.

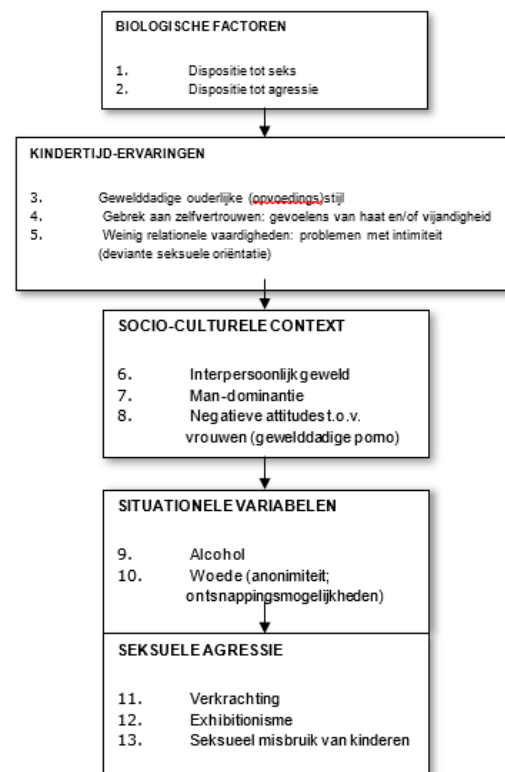
Aan al deze vier factoren moet voldaan zijn, wil seksueel misbruik kunnen plaatsvinden. Dit multifactoriële model werd goed ontvangen door behandelaren. Door dit model werd het mogelijk een casusconceptualisatie op te stellen en op basis hiervan een behandelplan te formuleren (Ward, 2006).

Een andere belangrijke theorie, die naast psychologische en sociologische factoren ook de focus legde op biologische factoren en contextfactoren, is de door Marshall en Barbaree geïntegreerde theorie (zie figuur 6.1) over de etiologie van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Marshall, 2001; Marshall & Barbaree, 1990).

Kritiek op dit model bestaat uit dat er alleen een relatie tussen agressie en verkrachting is gevonden en niet bij andere vormen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Ward & Siegert, 2002; zoals genoteerd in Thakker & Ward, 2012). In 2006 introduceerden Ward & Beech hun eerste geïntegreerde theorie over het ontstaan, het voorkomen en het blijven voortbestaan van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een meer verfijnde versie van deze theorie verscheen in 2008, de "Integrated Theory of Sexual Offending (ITSO)", waarin drie factoren centraal staan: biologische factoren, omgevingsfactoren en neuropsychologische factoren.

De ITSO kijkt seksueel grensoverschrijdend gedrag vanuit de interactie tussen

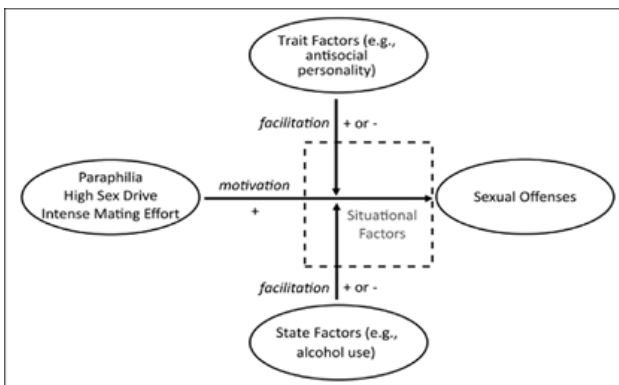
biologische factoren, omgevingsfactoren en neuropsychologische factoren. Biologische factoren (waaronder genetische aanleg) en omgevingsfactoren (denk aan de sociale en culturele omgeving, alsook de persoonlijke omstandigheden) beïnvloeden neuropsychologische factoren. De interacterende biologische, omgevings- en neuropsychologische factoren kunnen resulteren in specifieke klinische symptomen. Deze klinische symptomen spelen een rol in de ontwikkeling en het in standhouden van seksueel grensoverschrijdend gedrag en functioneren hierdoor als criminogene risicofactoren. Zodra een patiënt daadwerkelijk seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond, is de kans op instandhouding en escalatie groot. De gevolgen van seksueel grensoverschrijdend gedrag houden de kwetsbaarheden in stand of versterken deze zelfs, vanwege de wisselwerking tussen de verschillende factoren die van toepassing zijn. Beschermende factoren, zoals een steunend netwerk, kunnen dit proces doorbreken.



Figuur 6.1 Marshall & Barbaree's model van seksuele agressie (1990)

Na een periode waarin de nadruk wordt gelegd op modellen met enkelvoudige verklaringen van seksueel grensoverschrijdend gedrag, beschrijft Seto (2019) het "Motivation-Facilitation model", waarin hij verklaringen zoekt voor non-contact en contact delicten, en seksueel grensoverschrijdend gedrag naar volwassenen en kinderen (zie figuur 3). Motivatie wordt in dit model omschreven als een psychologisch proces dat gedrag activeert en leidt. Er zijn drie primaire seksuele drijfveren: parafilieën, hoog seksueel verlangen en hoge geslachtsdrift richting nieuwe seksuele partners.

Als iemand beschikt over een hoge mate van zelfcontrole zou deze persoon de bovenstaande drijfveren kunnen remmen. De faciliterende factoren worden gedefinieerd als de factoren die remmingen overwinnen, zoals zelfregulatieproblemen, negatieve stemming en alcoholgebruik. Naast de motivationele en faciliterende factoren moeten er situationele factoren zijn om tot seksueel grensoverschrijdend gedrag te komen, zoals de aanwezigheid van een kwetsbaar slachtoffer en het gebrek aan personen die kunnen ingrijpen.



Figuur 6.2 Motivation-Facilitation model van Seto (2019)

AFSLUITEND

Het biopsychosociaal model is in het bovenstaande goed te herkennen. De thema's die in de behandeling centraal dienen te staan, zijn goed uit de modellen te halen. Ook het

Good Lives Model is hier terug te vinden, wel meer impliciet.

Het lijkt ons 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 contact en non-contact delicten 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 voorgeschreven classificatiesysteem voor psychiatrische en psychische problematiek. De DSM-5 classificeert vooral op basis van veelvoorkomende kenmerken of symptomen.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag is in de DSM-5 te classificeren bij de parafiele stoornissen.

De term parafilie verwijst naar een intense en aanhoudende seksuele interesse, die afwijkt van de seksuele belangstelling voor genitale stimulatie of het voorspel met fenotypisch normale, lichamelijk volgroeide en instemmende menselijke partners. Een parafilie is op zich geen stoornis. Er is pas sprake van een stoornis als de parafilie gepaard gaat met lijdensdruk en beperkingen of persoonlijke schade, of schade aan anderen veroorzaakt. Dat is gelijk aan de andere stoornissen in de DSM-5. Verder dient de parafilie volgens de DSM-5 minstens zes maanden aanwezig te zijn om van een stoornis te kunnen spreken.

De parafiele stoornissen die in de DSM-5 genoemd worden zijn de:

1. exhibitionismestoornis (het tonen van genitaliën);
2. voyeurismestoornis (heimelijk kijken naar anderen terwijl deze met privéactiviteiten bezig zijn);
3. frotteurismestoornis (het aanraken van iemand of tegen iemand aanwrijven terwijl deze daar niet mee heeft ingestemd);
4. seksueel-masochisme stoornis (het ondergaan van vernedering, bondage of pijn);
5. seksueel-sadismestoornis (een ander vernederen, bij bondage betrekken, pijn doen);
6. pedofiele stoornis (seksuele gerichtheid op kinderen);
7. travestiestoornis (seksuele opwinding door het dragen van kleren van de andere sekse)
8. fetisjismestoornis (het gebruik van levenloze voorwerpen of een zeer specifieke gerichtheid op niet-genitale lichaamsdelen).

Een belangrijk verschil met de DSM-IV op het gebied van parafilieën is dat “in een gecontroleerde omgeving” en “volledig in remissie” zijn toegevoegd aan de criteria voor alle parafiele stoornissen.

De classificatie pedofiele stoornis wordt

gesteld als er gedurende tenminste zes maanden sprake is van terugkerende intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang of gedrag met betrekking tot seksuele handelingen met een prepuberaal kind of kinderen (tot 13 jaar). De patiënt is minimaal 16 jaar oud en minstens 5 jaar ouder dan het kind of de kinderen waar het in dit verband om gaat. Om te kunnen spreken van een pedofiele stoornis moet er naar deze seksuele drang zijn gehandeld of moeten de seksuele drang of fantasieën leiden tot significante lijdensdruk of interpersoonlijke moeilijkheden.

Anders dan bij voyeurisme, exhibitionisme, frotteurisme en seksueel sadisme - waarbij het moet gaan om handelingen ‘met een niet-instemmende persoon’ - kan in de DSM-5 bij pedofilie elk soort van handelen reden zijn om van een pedofiele stoornis te spreken. Daarmee is er geen ruimte voor handelingen die onschadelijk en niet-strafbaar zijn, zoals masturberen bij seksuele fantasieën. De zorgstandaard parafiele en hyperseksuele stoornissen stelt dat dit ten onrechte is: indien onschadelijk en niet-strafbaar gedrag voor de betrokkene een acceptabele uitingsvorm is van pedofilie, is er geen reden om van een pedofiele stoornis te spreken. In dit opzicht wijkt de zorgstandaard dus af van de DSM-5. Vanuit Transfore wordt volgens de zorgstandaard gewerkt.

Bij iemand die een zedendelict met minderjarigen pleegt hoeft geen sprake te zijn van pedofilie, de structurele seksuele interesse voor kinderen. Uit onderzoek onder verdachten van deze zedendelicten blijkt dat daarvan bij slechts 20% van de betrokkenen sprake is. Zonder pedofilie kan de diagnose pedofiele stoornis niet gesteld worden.

Naast de stoornissen worden er in de classificatie volgens de DSM-5 nog andere problemen omschreven die een reden voor zorg zijn. Bij onze doelgroep kan het dan gaan om “seksueel misbruik van een kind” (955.53) en overige omstandigheden die verband houden met dit seksueel misbruik, zoals

“consult voor pleger van seksueel misbruik van eigen kind” (V61.22) of van een kind waarvan de betrokkene niet de ouder is (V62.83). Daarnaast kan de classificatie seksueel geweld door een levenspartner gesteld worden (995.83) en dan in de zin van “consult voor pleger van seksueel geweld door een levenspartner” (V61.12) en seksueel misbruik van een volwassene door iemand die niet de levenspartner is (995.83) en een consult voor de pleger van dit misbruik (V62.83).

Hyperseksualiteit heeft een breed erkende klinische relevantie, maar is niet als aparte categorie opgenomen in de DSM-5 omdat eenduidig wetenschappelijk gefundeerd onderzoek ontbreekt naar wat hyperseksualiteit precies is en de grensbepaling tussen normaal en psychopathologisch gedrag. Hyperseksualiteit wordt alleen als mogelijke comorbiditeit gezien bij de voyeurisme-, exhibitionisme-, frotteurisme- en fetisjimestoornis. (Goethals & Cosyns, 2014). Het begrip ‘hyperseksualiteit’ heeft betrekking op mannen en vrouwen met een excessieve behoefte aan seks, maar kent nog geen eenduidige definitie of diagnose (Kaplan & Krueger, 2010). Het gaat hier om een abnormaal sterke seksuele preoccupatie en als zodanig betreft het vooral de kwantiteit van het seksuele gedrag of de gedachten en niet zozeer de vorm en inhoud ervan (Kafka, 1997). 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.

Wetenschappelijke onderzoeken komen met zeer uiteenlopende prevalentiecijfers binnen de groep daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een LVB. Lindsay (2002) vindt in zijn literatuuronderzoek zeer wisselende gegevens, variërend van 3,7% tot 50%. Op grond van zijn literatuurstudie concludeert hij dat er sprake is van een oververtegenwoordiging van licht verstandelijk beperkte zedenplegers binnen meer beveiligde settings.

Onderzoek binnen het Nederlandse tbs-systeem bevestigt deze conclusie: mensen met een lichte verstandelijke handicap zijn oververtegenwoordigd binnen zowel de

groep verkrachters als de groep daders van pedoseksuele delicten (Van den Berg & Brand, 2008). Recent onderzoek van Kaal (2016) toont ook een duidelijke oververtegenwoordiging van de groep licht verstandelijk gehandicapten binnen het justitiedomein aan.

7.2 VANUIT TYPOLOGIEËN

Om enige ordening aan te brengen in de heterogeniteit van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag, zijn er al sinds de jaren '50 typologieën opgesteld (zie voor een overzicht Koeck, Van Beek & De Doncker, 2002 en Smid, 2014b). De meest basale indeling is die tussen verkrachters en kindermisbruikers. Daarnaast zijn er nog een aantal typologieën die beide groepen in meerdere subtypes onderverdelen. Deze zijn vaak gebaseerd op de klinische beschrijvingen en proberen inzicht te geven in de drijfveren. De ontwikkeling van empirisch gefundeerde typen zedenplegers staat echter nog in de kinderschoenen. Veelal gaat het om dezelfde basistypen met als primaire factoren een antisociale levenshouding, een problematische emotieregulering en een afwijkende seksuele voorkeur.

7.2.1 TYPOLOGIE NAAR DELICTTYPE: MTC-TYPOLOGIE

Om meer inzicht te krijgen in de etiologische variabelen en zo tot een meer gerichte behandeling en een betere risicotaxatie voor verschillende typen verkrachters te komen, ontwikkelden Prentky en Knight (1991) de Massachusetts Treatment Center Child Molester Typology (MTC:CM3) en de Rapist Typology (MTC:R). Dit zijn de enige classificatiesystemen op empirische grondslag met een redelijke betrouwbaarheid en validiteit (Knight & Prentky, 1990).

De MTC:CM3 vereist een beoordeling van criteria op twee assen. As 1 omvat 'fixatie op kinderen' (intensiteit van de pedofiele

belangstelling) en 'sociale competentie' (stabiliteit in werk, relatie, ouderschap en sociaal leven). As 2 maakt eerst een onderscheid tussen plegers met veel of weinig contact met kinderen, zowel in seksuele als niet-seksuele zin. Bij plegers met veel contact maakt as 2 dan een onderscheid tussen plegers die uit zijn op een interpersoonlijke relatie en plegers voor wie het vele contact uitsluitend seksueel is gemotiveerd. Plegers met weinig contact worden verder ingedeeld naar de mate van (sadistisch) fysiek letsel dat zij toebrengen. Het instrument is niet toepasbaar bij incest.

Het MTC:R3 model van Knight en Prentky (1990) onderscheidt negen typen verkrachters. Zo zijn er de 'klassieke' antisociale verkrachter, de seksualiserende plegger en de vrouwenhater, alsook een (zeldzame) seksueel sadistische plegger. Deze vier naar drijfveren ingedeelde typen kunnen vervolgens elk hoog of laag sociaal competent zijn, wat resulteert in acht types. Als negende type noemen ze het gegeneraliseerde-woede-type, een plegger die verkracht uit woede op alles en iedereen. Samen met de makers heeft de Van der Hoeven kliniek de MTC:R3 vertaald en bruikbaar gemaakt om patiënten op grond van dossierinformatie te classificeren (Van Beek, 1999).

Er is weinig bekend over de relatie tussen de typen verkrachters en het recidiverisico, alsook over de toegevoegde waarde voor de risicotaxatie. We concluderen dan ook dat een indeling van onze doelgroep naar persoonlijkheidstypen of persoonlijkheidsproblematiek ons onvoldoende houvast geeft bij de forensische behandeling. Wel biedt een beschrijving van de persoonlijkheid informatie over iemands motieven en drijfveren. In die zin kunnen ze mede richting geven aan een behandeling of handvatten bieden bij de bejegening.

7.3 VANUIT DE ZELFREGULATIESTIJL

In hoofdstuk 3 werd het zelfregulatiemodel van Ward en andere al kort omschreven. Het model stelt dat mensen met een adequate zelfregulatie niet neigen naar seksueel grensoverschrijdend gedrag. Op grond van dit model worden vier typen zelfregulatiepatronen omschreven die corresponderen met verschillende delictroutes.

Belangrijke uitgangspunten zijn dat mensen doelgericht zijn en zichzelf reguleren. Bij zedenplegers spelen zowel vermijdingsdoelen (geen misbruik willen plegen) als toenaderingsdoelen (juist wel misbruik willen plegen) een rol en zijn er drie problematische zelfregulatiestijlen. De eerste, een te geringe regulering, kenmerkt zich door een falende beheersing van seksueel afwijkende verlangens vanwege de aanwezigheid van negatieve emoties. Bij de tweede falende vorm van regulering leiden juist de pogingen afwijkende gedachten, fantasieën of emoties te beheersen op paradoxale wijze tot een verlies van beheersing. In beide gevallen gaan vermijdingsdoelen die men niet verwezenlijkt over in toenaderingsdoelen. In het derde geval is de zelfregulering intact, maar wordt door systematisch plannen en handelen een terugval bewerkstelligd. Het laatste patroon bestaat uit de impulsieve variant, een terugval wordt niet als zodanig gepland, maar de plegger komt, als de gelegenheid zich voordoet, automatisch tot het delict.

Plegers met toenaderingsdoelen vergen een andere behandeling dan plegers met vermijdingsdoelen. Deze typologie kan dan ook bijdragen aan de afstemming van de behandeling op de specifieke behoeften van zedenplegers. Veel valideringsonderzoek naar deze typologie is er echter nog niet. Bovendien kunnen delictroutes per plegger veranderen, zelfs binnen het bestek van één delict.

Over deze paragrafen kan samenvattend gezegd worden dat een delictpreventieve

behandeling op basis van alleen DSM-5 classificaties of zelfregulatiestijl ontoereikend is. Dat geldt ook voor een indeling op basis van persoonlijkheidstypes of typologieën. Bij behandeling dient met al deze categorieën en kenmerken rekening te worden gehouden; de mate waarin en de wijze waarop is afhankelijk van de uitkomsten van de delictanalyse (hoofdstuk 9) en van de dynamische risicofactoren die in de behandeling centraal komen te staan.

7.4 SPECIFIEKE SUBGROEPEN

Hieronder beschrijven we een paar subdoelgroepen die bijzondere aandacht verdienen.

Ten tijde van het schrijven van dit zorgprogramma zijn we doende voor enkele ervan een specifiek aanbod te ontwikkelen of te verwerven.

7.4.1 SEKSE

De afgelopen 15 jaar is er meer aandacht gekomen voor vrouwelijke zedenplegers (Korfage en de Hoop, 2006; Wijkman, Bijleveld en Hoving, 2010).

De prevalentie in Nederland ligt tussen de 1 en 3% (van het aantal veroordelingen) (Korfage & De Hoop, 2006); internationaal zijn cijfers gevonden tussen 4 en 5% (Cortoni, Hanson & Coache, 2010). Hierbij speelt wel de vraag of officiële cijfers wellicht een onderschatting vormen voor de werkelijke prevalentie. Seksueel misbruik door een vrouw is over het algemeen minder zichtbaar (bijvoorbeeld binnen een verzorgende rol) en bevindt zich vaker in de taboesfeer (bijvoorbeeld de lerares die een 'seksuele relatie' heeft met een leerling).

In een internationale meta-analyse naar recidive door vrouwelijke zedenplegers (N = 2490) vonden Cortoni en collega's (2010) dat slechts 1 tot 3% opnieuw werd veroordeeld voor een seksueel delict; 4 tot 8% voor een

niet-seksueel geweldsdelict; en 19 tot 24% voor een delict in het algemeen. Uit het onderzoek van Wijkman, Bijleveld en Hendriks (2010) onder 111 vrouwelijke zedenplegers bleek dat bij 77% sprake was van seksueel misbruik van kinderen. 2/3 deed dit samen met een mededader, in de meeste gevallen hun partner. In 2011 onderzochten Wijkman, Bijleveld en Hendriks de justitiële voorgeschiedenis van 135 vrouwelijke plegers en hieruit bleek dat deze groep voor 16.3% bestaat uit eenmalige plegers, 26.7% uit generalistische plegers (verschillende soorten delicten) en voor 57% uit specialistische plegers (één soort delict).

Verschillende auteurs hebben op grond van uiteenlopende onderzoeksdesigns subtypen binnen de groep vrouwelijke zedenplegers onderscheiden (zie Wijkman, Bijleveld & Hoving, 2008).

Matthews, Matthews en Speltz (1991) hebben een typologie van vrouwelijke zedenplegers opgesteld die het meeste inzicht geeft in de aard van de delicten en de motivatie van de plegers. Zij onderscheiden de typen 'teacher-lover', 'intergenerationally predisposed molester' en 'male-coerced'.

Bij het type teacher-lover richt de vrouwelijke pleger zich op adolescente jongens met wie ze vriendschappelijk omgaat. Vaak noemt de vrouwelijke pleger als motief dat zij het slachtoffer seksueel gedrag wil aanleren, en zowel verbale als fysieke agressie is tegengekomen in eerdere relaties. Een relatie aangaan met een adolescent wordt ook als minder bedreigend ervaren. Dit type pleger ontkent het seksuele misbruik.

Het predisposed type pleger is zelf slachtoffer geweest van ernstig langdurig fysiek en/of seksueel misbruik op zeer jonge leeftijd. Ze neemt zelf initiatief tot het seksuele misbruik en de slachtoffers zijn veelal haar eigen dan wel haar bekende kinderen. Niet-bedreigende intimiteit en het ervaren van macht en beheersing vormen de motieven van dit type pleger.

Het male-coerced type pleegt het misbruik samen met een man die in het verleden meestal al kinderen heeft misbruikt. De vrouw is (extreem) afhankelijk en subassertief en neemt uiteindelijk gedwongen deel aan het seksuele misbruik. De slachtoffers zijn de eigen kinderen en kinderen buiten de familie.

Naast het male-coerced type beschrijven zij nog een ander type, het 'male-accompanied' type. Deze vrouwelijke pleger pleegt samen met een man seksuele delicten, zonder dat hij haar daartoe dwingt. In het verleden is er bij de vrouwelijke pleger veelal sprake geweest van seksueel misbruik en het thema macht en beheersing speelt een grote rol bij de delicten.

Latere onderzoeken van Miller (2016 presentation at the conference for the Texas Council on Sexual Offender Treatment) bevestigen deze typologie.

7.4.2 CULTURELE ACHTERGROND

De forensisch psychiatrische populatie bestaat inmiddels voor 27% 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. 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 (uithuwelijking). 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 in beginsel 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 de oorlog zich afspeelde, hoe lang deze duurde en welke bevolkingsgroepen er tegenover elkaar stonden.

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

Van de vrouwelijke zedenplegers is gemiddeld 15% van de plegers van allochtone afkomst (Wijkman et al., 2008) terwijl dit bij mannelijke zedenverdachten de helft is (Wijk & Blokland, 2008). Volgens officiële statistieken zijn plegers met een Nederlandse achtergrond vaker betrokken bij pedoseksuele delicten dan plegers met een migratieachtergrond (Leuw, Bijl, & Daalder, 2004).

7.4.3 SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG OP HET INTERNET

In hoofdstuk 7.2 werd de klassieke indeling van plegers van verkrachting en van kindermisbruik genoemd. De groep patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag via internet is een aparte groep met andere kenmerken dan de contact zedenplegers. Het onderzoek naar deze groep is echter nog relatief nieuw en er is nog geen sprake van een "body of evidence".

Taylor en Quayle introduceerden in 2003 de term "internet sex offender". Deze groep bestaat volgens Babchishin, Hanson en Hermann (2011) uit downloaders van kinderporno die toegang zoeken uit nieuwsgierigheid of impulsen, downloaders die seksuele fantasieën willen bevredigen, producenten van kinderporno die dit vanuit een financieel oogpunt doen en plegers die internet gebruiken om seksueel contact te faciliteren (groomen).

Er zijn twee theoretische stromingen in het verklaren van het ontstaan van deze groep plegers. Volgens de eerste theorie kunnen seksuele internetdelicten worden gezien als een andere uiting van seksueel delictgedrag (Bourke & Hernandez, 2009).

Deze opvatting stelt dat internetdelicten vaak één aspect zijn van een patroon van allerlei seksueel delictgedrag en dat, als internet nooit bestaan zou hebben, deze daders andersoortige seksuele delicten zouden hebben gepleegd. De tweede theorie stelt dat kinderporno-downloaders een nieuwe groep van zedenplegers vormen en niet zou bestaan zonder de uitvinding van het internet. Hun delictgedrag zou worden getriggerd door het unieke karakter van het internet, zoals beschikbaarheid van materiaal en de anonimiteit (Seto & Hanson, 2011). Seto en Hanson komen op basis van een aantal meta-analyses tot de voorlopige conclusie dat de grote groep kinderporno-downloaders deels bestaat uit een kleinere groep „klassieke plegers van kindermisbruik die hun werkterrein uitgebreid hebben naar het internet. Daarnaast is er ook sprake van een grote groep nieuwe plegers, die duidelijk anders is en zich doorgaans lijkt te beperken tot downloaden. Onderzoek naar sociaalpsychologische factoren die kenmerkend zijn voor kinderporno-downloaders, is grotendeels gericht op het maken van vergelijkingen met contact zedenplegers. Internetdaders laten daarbij enerzijds vaak meer seksuele deviantie zien (duidelijke seksuele interesse of zelfs een voorkeur voor kinderen), maar tonen anderzijds ook meer slachtofferempathie. Daarnaast lijken cognitieve vervormingen („goedpraters van misbruik) en emotionele identificatie met kinderen bij internetplegers in mindere mate aanwezig dan bij plegers van contact delicten (Babchishin, Hanson & Hermann, 2011). Sommige studies (o.a. Marshall, O'Brien, Marshall, Booth & Davis, 2012) stellen dat kinderporno-downloaders eenzamer zijn en vaker obsessief-compulsieve trekken hebben, hoewel die verschillen in de meta-analyse van Babchishin et al. niet teruggevonden worden.

De laatste tijd is er steeds meer onderzoek waaruit blijkt dat kinderporno-downloaders, die geen seksuele contact delicten gepleegd hebben, een buitengewoon laag risico hebben

om contact delicten te gaan plegen. Zoals Seto en Hanson (2011) al voorzichtig concludeerden, lijkt het om een nieuwe groep plegers te gaan, ontstaan met de opkomst van het internet en ze lijken zich grotendeels te beperken tot downloaden. Het weinige onderzoek wat er tot nu toe is (Graf & Dittman, 2011) liet zien dat 0,3% van de downloaders over een follow-up periode van vijf jaar recidiveerde met een contact delict.

7.4.5 OVERIG SUBGROEPEN

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

- Autismespectrumproblematiek (ASS): De patiënten met ASS bij wie geen sprake is van seksueel grensoverschrijdend gedrag of psychoseksuele problematiek, horen conform de inclusiecriteria (zie hoofdstuk 2) niet bij dit zorgprogramma. Zij komen in aanmerking voor een zorgprogramma passend bij de problematiek. Zie bijvoorbeeld ook 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 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 moet zijn; men moet toegang houden tot andere onderdelen van dit zorgprogramma.

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.

LEEFTIJDSGRENS

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 psychosen 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 doorstromingsnelheid 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 geven¹⁵.

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

besloten te zitten, ofwel een vraag om preventie van (verder) grensoverschrijdend gedrag.

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

¹⁵ Hierop bestaan enkele wettelijke uitzonderingen; het is in dit kader niet nodig deze te bespreken.

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 aangegeven dat hij tot 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 behandelbeoordeling en de zogeheten benchmarking¹⁶.

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.

¹⁶ 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 werkmethoden met deze "best practice", met als doel om de eigen prestaties te plaatsen en te verbeteren (Camp, 1989).

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>).

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 DELICTTHEORIE¹⁷

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

¹⁷ 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.

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 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 behandelmogelijkheden. 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). Rohlf 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 behandel aanbod. 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 NABEHANDELING¹⁸

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

¹⁸ Omwille van de duidelijkheid wordt hier gekozen voor één term: 'nabehandeling', waar tevens 'nazorg' gebruikt had kunnen worden.

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 behandelopgingen 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 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, bijtijds 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

BEHANDEL PROGRAMMA

In dit hoofdstuk beschrijven we kort enkele behandeldisciplines, 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 BEHANDELVISIE EN ATTITUDE

De kerngedachte van de behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij De Tender is dat een patiënt meer is dan zijn delictgedrag. Het grensoverschrijdende gedrag wordt afgekeurd, maar de patiënt als persoon niet. Er wordt bewust gekozen voor een groepsgericht behandelaanbod. Groepstherapie biedt een patiënt niet zelden voor het eerst in zijn leven de mogelijkheid om tot sociaal contact met anderen te komen waarin gesproken kan worden over grensoverschrijdend gedrag en kwetsbaarheden, zonder dat hij hierop veroordeeld wordt. De patiënt kan ervaren dat hij niet alleen staat, hij geaccepteerd wordt, dat er meer mensen tegen soortgelijke problemen aanlopen en dat hij zelf van waarde is voor anderen. Openheid door groepsgenoten moedigt aan om zelf ook open te zijn. Dit maakt het mogelijk om taboes te doorbreken en ook minder fraaie kanten onder de loep te nemen. Er is sprake van interpersoonlijk leren; patiënten kunnen andere denkwijzen en perspectieven ervaren, oefenen met ander gedrag en hun sociale vaardigheden verbeteren. Groepsgenoten kunnen bovendien hoop en perspectief bieden. De therapeutische

relatie en het groepsproces worden daarom als essentieel gezien om tot vooruitgang te komen (Marshall, Marshall & Serran, 2011; Jennings & Deming, 2017).

In de behandeling staan de volgende factoren centraal: seksualiteit en seksuele zelfregulatie, delictondersteunende opvattingen en antisociale invloeden, intimiteit en relaties en algemene zelfregulatie (Thornton & D'Orasio, 2013).

De behandeling van de zedenpleger kent een geschiedenis van confronterende benaderingen. Vooral het minimaliseren van het eigen aandeel en daarmee het afschuiven van verantwoordelijkheid voor het delict werd aangepakt (ten Hag, 2017). Ook niet-delinquenten (wij dus) hebben de neiging de oorzaak voor ons handelen niet bij onszelf te leggen, om onszelf daarmee in bescherming te nemen (Ware & Mann, 2012). Een groot deel van de zedenplegers heeft op basis van een onveilige gehechtheid een laag zelfbeeld en onderschat zijn eigen kunnen. Door een goede therapeutische relatie en een veilig groepsklimaat kunnen zij zich meer op hun gemak voelen. Pas dan kan er ruimte ontstaan om in de loop van de therapie het grensoverschrijdend gedrag onder ogen te zien en kan er aandacht voor de ander zijn. Volgens Marshall (2005) is de ideale therapeutische relatie een mix van ondersteuning en enige mate van directief zijn.

Het behandelaanbod van de Tender is gedifferentieerd; op basis van het risico en de hiermee samenhangende behandelintensiteit, kan gekozen worden voor verschillende behandelvormen:

1. Ambulante groep
2. Eendaagse deeltijd zeden
3. Vierdaagse deeltijd zeden
4. Individuele behandeling

10.2 AMBULANTE GROEP

VERANTWOORDING

Dit traject is gericht op patiënten die tot De Tender zijn toegelaten en seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen dat als minder ernstig kan worden beschouwd of patiënten met een licht tot matig recidiverisico. Bijvoorbeeld mensen die exhibitioneren die incestueuze handelingen hebben verricht, sommige ontuchtplegers en bezitters en verspreiders van kinderpornografie. Het traject heeft als kern de zogeheten 'Protocollaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag'. Ook na de groepsbehandeling kan verdere behandeling nog nodig zijn in de vorm van individuele psychotherapie, gedragstherapie of nazorg (individueel of in groepsverband). Hiervoor kan worden gekozen om de in gang gezette veranderingen blijvend in de persoonlijkheid te verankeren (ten behoeve van duurzame delictpreventie), of om de patiënt langdurig te begeleiden en te observeren, opdat hij niet terugvalt.

DOELSTELLING

Er is een prosociaal levensplan opgesteld, gericht op beëindiging van het delictgedrag en verkleining van de kans op (nieuwe) delicten. Patiënten kennen hun behoefte aan sociaal contact, intimiteit, vriendschap en seksualiteit en weten hier adequaat inhoud aan te geven. Ze begrijpen hoe seksuele motivatie werkt en beheersen vermijdings- en ontsnapingsstrategieën.

INHOUD EN WERKWIJZE

Patiënten werken in een halfopen groep aan acht modules:

- 1 Levensloop
- 2 Psychoseksuele problematiek
- 3 Delictgedrag
- 4 Gedachtekronkels en onbewuste opvattingen
- 5 Emotieregulatie
- 6 Slachtofferempathie
- 7 Sociaal netwerk
- 8 Prosociaal levensplan

Via rollenspelen, specifieke thuisopdrachten en het maken van het bovengenoemde prosociale plan, wordt ook getracht het sociale isolement te doorbreken. De e-health module 'delictketen en delictpreventieplan' kan ter ondersteuning worden ingezet.

10.3 EENDAAGSE DEELTIJD ZEDEN

De eendaagse deeltijd zeden is gericht op patiënten die tot seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn gekomen, of dreigen te komen, en van wie;

1. Het recidiverisico dermate hoog is dat een intensief behandelaanbod aangewezen is, maar niet zo hoog dat de vierdaagse behandeling geïndiceerd is, en/of;
2. De delictdynamiek complexer is dan in de ambulante groep onderzocht en bewerkt kan worden en/of;
3. Eerdere ambulante behandeling recidive in licht tot matig ernstige delicten (bijvoorbeeld downloaden van kinderporno, ontucht) niet heeft kunnen voorkomen en/of;
4. Er veel zorgen en/of onbeantwoorde vragen zijn die maken dat de patiënt goed in beeld gebracht moet worden en/of;
5. Verwacht wordt dat zij baat hebben bij een intensief groepstherapeutisch proces waarbij zowel verbaal als ervaringsgericht gewerkt wordt. Bij de indicatie voor de groep wordt rekening gehouden met de mate waarin de patiënt naar verwachting om kan gaan met groepsdynamiek, of zijn verwachte leerbaarheid daarin.

WERKWIJZE EN SAMENSTELLING

De eendaagse deeltijdbehandeling bestaat uit vijf onderdelen die in groepsverband worden aangeboden (dagopening, psychotherapie, vaktherapie beeldend, delictpreventie en een dagafsluiting). De behandeling is effectief omdat patiënten door deze combinatie van therapieën worden aangemoedigd om zo ervaringsgericht als mogelijk te werken. Thema's als de hechtingsgeschiedenis, delictondersteunende opvattingen,

sociaal netwerk, de rol van fantasieën en slachtofferempathie worden doorgewerkt. De patiënten zoeken groepsgewijs met behulp van therapeuten uit hoe hun risicomanagementplan er uit ziet.

Hiernaast werkt de patiënt thuis - individueel en online (via e-Health) - aan zijn behandeling. Er vindt in principe bij iedere patiënt een systeemtaxatie plaats, waarin onder meer wordt ingeschat of een systeembehandeling noodzakelijk is. Ook wordt het systeem van de patiënt actief betrokken bij de behandeling en uitgenodigd bij behandelbeoordelingen.

De open groepen hebben maximaal 8 deelnemers zodat patiënten in hun eigen tempo het programma kunnen doorlopen en in de groep kunnen blijven tot zij hun behandeldoelen hebben behaald. Verschillende patiënten zitten dus in verschillende fasen van het programma. Iedere patiënt werkt naar vermogen en draagkracht. Patiënten kunnen sterk hun voordeel doen met het feit dat faseverschillen optreden: nieuwkomers leren van seniorleden wat er zoal gebeurt en gevraagd wordt en zien dat groepsgenoten de groep afsluiten. Senior groepsgenoten zijn uitstekend in staat om nieuwkomers te steunen, uit te dagen en te bevragen.

10.4 DE VIERDAAGSE DEELTIJD ZEDEN

De vierdaagse deeltijd zeden is een intensief programma, gericht op patiënten die tot ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn gekomen, of dreigen te komen, en van wie;

1. Het recidiverisico matig tot hoog wordt ingeschat, en/of;
2. De delictdynamiek een intensief, meerdaags programma vraagt;
3. Het recidiverisico vraagt om een programma waarbij zowel cognitief, als verbaal als ervaringsgericht gewerkt wordt;
4. De problematiek wordt ingeschat als veranderbaar en patiënten groepsgeschikt zijn;
5. Eerdere ambulante behandeling recidive niet heeft kunnen voorkomen.

WERKWIJZE EN SAMENSTELLING

De vierdaagse deeltijdbehandeling bestaat uit vier standaard onderdelen die in groepsverband worden aangeboden (dagopening en dagsluiting, groepsbespreking en maatschappelijke inbedding). Verder bestaat het programma uit delictpreventie, geprotocolleerde groepsbehandeling, cognitieve gedragstherapie, ervaringsgerichte groepspsychotherapie, vaktherapie beeldend en vaktherapie drama, bewegingsagogie, prosociaal levensplan, de training Vriendschap, Relaties, Intimiteit en Seksualiteit (VRIS) en een vaardigheidstraining.

Het onderdeel delictpreventie komt meerdere keren per week aan de orde; in de groep wordt individueel gewerkt aan het opstellen van de delictketen en daarna het delictpreventieplan. De patiënt wordt door middel van de e-health module 'Delictketen en delictpreventie' aangemoedigd om thuis ook bezig te zijn met dit onderwerp en vast te leggen wat hij heeft geleerd tijdens het onderdeel delictanalyse.

Het onderdeel prosociaal levensplan is gebaseerd op 'Mijn Positief Levensplan' (Berg, van den, Noom en Bremer, van den, 2015), waarin de patiënt samen met zijn groepsgenoten en trainers wegen om zijn basisbehoeften op een sociaal aanvaardbare wijze te realiseren opstelt. Daarnaast komen in het geprotocolleerde deel thema's groepsgewijs aan bod als de hechtingsgeschiedenis, delictondersteunende opvattingen, sociaal netwerk, de rol van fantasieën en slachtofferempathie. Deze thema's worden in de onderdelen vaktherapie beeldend en drama, bewegingsagogie, ervaringsgerichte groepstherapie en schematherapie verder onderzocht en doorgewerkt.

In de vaardigheidstraining en de cognitieve gedragstherapie staat het hier en nu meer centraal. Patiënten dragen zelf situaties uit de actualiteit aan, die kenmerkend zijn voor hun handelen en denken (inclusief

fantasieën). Er wordt met name aandacht besteed aan emotieregulatievaardigheden, kernoplettendheidsvaardigheden, intermenselijke vaardigheden en ook crisisvaardigheden. In de training Vriendschap Relaties Intimiteit en Seksualiteit (VRIS) wordt besproken hoe adequaat inhoud te geven aan de behoefte aan vriendschap, intimiteit, seksualiteit en liefde. Via rollenspelen en drama wordt geoefend met nieuw geleerde vaardigheden.

De behandeling is effectief omdat patiënten door deze combinatie van therapieën worden aangemoedigd om zo ervaringsgericht als mogelijk te werken. Er vindt in principe bij iedere patiënt een systeemtaxatie plaats, waarin onder meer wordt ingeschat of een systeembehandeling noodzakelijk is. Ook wordt het systeem van de patiënt actief betrokken bij de behandeling en uitgenodigd bij behandelbeoordelingen.

10.5 NAZORG

Voor dit traject komen patiënten in aanmerking die na het poliklinische traject of na de eendaagse of de vierdaagse deeltijdbehandeling te hebben doorlopen, nog nabehandeling of nazorg vragen. Een nazorgtraject wordt ingezet op basis van een concreet en uitvoerbaar delictpreventieplan en prosociaal levensplan dat aan het eind van een voorgaand behandeltraject is opgesteld. Ligt een dergelijk plan er niet, wat bij een externe verwijzing kan voorkomen, dan is de eerste inzet om tot zo'n plan te komen. De mogelijke behandelonderdelen zijn:

- Groepsnazorg -

Het bewaken van het recidiverisico samen met de patiënt en het verder terugdringen aan de hand van het delictpreventieplan en prosociaal levensplan staat hierbij centraal.

- Individuele nazorg -

Bij patiënten waarbij is vastgesteld dat ze niet kunnen profiteren van een groepsaanbod.

10.6 SOCIALE CONTEXT

Binnen dit zorgprogramma is er, overeenkomstig met onze eerder omschreven visie, aandacht voor de context van de patiënt. Dat is zichtbaar in meerdere behandelonderdelen die zijn beschreven: systeemtaxatie en systeemtherapie. Daarnaast is dit zichtbaar in enkele programmaonderdelen specifiek gericht op familie en vrienden. Voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag is een 'netwerk' van familie, intimi en bredere sociale contacten (clubs) van belang voor delictpreventie, omdat zo'n netwerk de kwaliteit van leven kan verhogen (Bouman, 2009). De delictpreventieve werking van de behandeling wordt sterker als mensen uit het netwerk een rol (willen en kunnen) spelen in het zogeheten preventieplan. Om deze redenen is het van belang netwerkleden actief bij de behandeling te betrekken.

Binnen het huidige zorgprogramma zijn voor familie en andere directbetrokkenen twee onderdelen ontwikkeld.

DE 'VERWANTENAVOND'

Twee keer per jaar geven de patiënten voorlichting over hun behandeling aan de leden uit hun netwerk die voor hen belangrijk zijn zoals familie, vrienden, burens, werkgever of reclasseringswerker. Zij geven die avond uitleg over de inhoud van hun behandeling en de manier waarop zij daar persoonlijk invulling aan geven.

DE 'GESPREKSGROEP VOOR FAMILIE'

Deze gespreksgroep richt zich op familie, vrienden en goede bekenden van onze patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Contacten met andere verwanten (lotgenoten) kan helpend zijn. Deze gespreksgroep heeft daarom ook de functie van 'lotgenotengroep'. Deelname kan verwanten helpen hun ervaringen als indirect slachtoffer te delen, in plaats van voor zich te houden, en zo een plek te geven.

10.7 COSA

COSA is een delictpreventief aanbod van Reclassering Nederland. COSA staat voor 'Circles Of Support and Accountability', vrij vertaald: 'Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid'. COSA is een methode voor re-integratie van zedenplegers in de samenleving. Vrijwilligers vormen samen met professionals een netwerk rond een zedendader. COSA doorbreekt het isolement van zedenplegers, waardoor de kans op recidive afneemt.

Bij COSA werken vrijwilligers en professionals samen en vormen een zogeheten COSA-cirkel rond een zedendader. Ofwel: een ondersteunend netwerk. Zij helpen voorkomen dat een zedenpleger in een isolement raakt door onder andere sociale activiteiten met hem te ondernemen.

De aanpak is in Canada ontwikkeld en in Engeland verder doorontwikkeld. COSA is in Canada en Engeland in staat gebleken de recidivekans bij zedendelinquenten aanzienlijk te verlagen. In 2009 is het concept van COSA vertaald naar de Nederlandse situatie en is op twee testlocaties een pilot uitgevoerd, met name gericht op de implementatiemogelijkheden en voorwaarden in Nederland. De eerste resultaten zijn wat dat betreft hoopgevend. COSA blijkt een belangrijke bijdrage te kunnen leveren aan het terugdringen van recidive bij zedendelinquenten met een gemiddeld tot hoog recidiverisico. Een meta-analyse van de effectonderzoeken die tot dusver zijn uitgevoerd, waarbij kernleden zijn vergeleken met vergelijkbare zedendelinquenten die niet door COSA zijn begeleid, laat zien dat bij kernleden de seksuele recidive 67% lager ligt en de algemene recidive 44% lager (Clarke, Brown & Völlm, 2014).

HOOFDSTUK 11

BEHANDELAANBOD

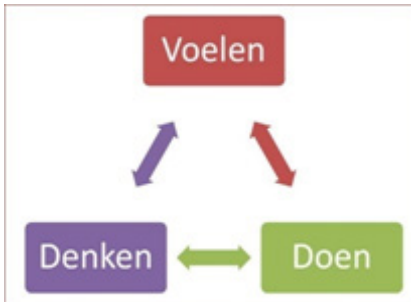
In dit hoofdstuk beschrijven we kort enkele behandeldisciplines, enkele combinaties van behandelmodulen en interventies die we vaak als één pakket aanbieden en twee 'organisatiewijzen', dat wil zeggen: vormen waarbinnen meerdere modulen kunnen worden aangeboden. Onze behandelonderdelen worden afhankelijk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

11.1 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 11.1 De wisselwerking tussen Voelen - denken - doen.

11.2 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).

11.3 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.

11.4 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.

11.5 DELICTKETEN EN PREVENTIEPLAN

Interventies die tot het standaardpakket van een forensische instelling behoren, zijn die welke 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 / Transfore 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.

11.6 AANBOD LVB

Ook de doelgroep Licht Verstandelijke Bepierking (LVB) 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 'SIRENE' ontwikkeld.

SIRENE staat voor Seks, Intimiteit, Relaties, Empathie, Nee Zeggen, Eerlijk zijn. Het is een protocollaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor patiënten met een Licht Verstandelijke Bepierking (LVB) en is gebaseerd op de ITSO (zie hoofdstuk 6.2) van Ward & Beech (2006). Het primaire doel van SIRENE is het nemen van verantwoordelijkheid voor het seksueel grensoverschrijdende gedrag, voor zover dit in het vermogen van de patiënt ligt.

Daarnaast wordt beoogd seksueel grensoverschrijdend gedrag in de toekomst te voorkomen, door patronen te doorbreken en te vervangen door alternatief gedrag. De

interventie maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen. SIRENE richt zich op de dynamische (criminogene) risicofactoren, en op het versterken van de beschermende factoren. Het programma is gebaseerd op de bestaande behandelvormen, maar wordt op een aangepaste manier aangeboden; veel herhaling, veel oefenen en het inzetten van groepsleden.

Wat betreft de risicotaxatie wordt geadviseerd om naast de FARE de DROS (Dynamic Risk Outcome Scale, 2008) 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' en de behandelmodule speciaal voor LVB ontwikkeld: 'Weet wat je kan' (Mulder e.a., 2015).

Wij beschikken over al deze interventies en uiteraard is voor deze doelgroep ook ons overige aanbod beschikbaar, zoals psychiatrie en vaktherapie.

11.7 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 caseload¹⁹. Voor dit schrijven is dit verschil niet relevant, zodat we in het verdere over FACT spreken en in ons geval over Forensisch Fact, oftewel For-FACT.

For-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. For-FACT richt zich sterk op herstel en rehabilitatie ten aanzien van de verstoorde levensgebieden. Een samenwerking met de patiënt is een belangrijk uitgangspunt; deze staat dan ook centraal (shared decision making).

Een relatief klein deel van de For-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.

For-FACT is inmiddels één van de meest doorontwikkelde modellen van outreachende zorg. Een gecertificeerd For-FACT-team is multidisciplinair, heeft rond de 12 fte's en bedient ongeveer 200 patiënten.

Bij forensisch FACT worden dezelfde principes en werkwijzen gehanteerd als in reguliere FACT-teams. Maar forensisch FACT richt zich daarbij in het bijzonder op preventie van (verder) grensoverschrijdend gedrag. Forensische interventies zoals een risicotaxatie

¹⁹ <https://ccaf.nl/wat-is-act/>

doen, een terugvalpreventieplan opstellen en het monitoren van het delict risico, 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., 2018) en dit mag dan ook geen reden zijn om van For-FACT af te zien.

11.8 E-HEALTH

Evenals FACT is ook e-health²⁰ te zien als een wijze van het organiseren en aanbieden van behandeling. 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)²¹, serious games of telepsychiatrie (beeldbellen). E-health is dus geen behandelvorm, maar een wijze van aanbieden van behandelvormen.

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 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 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 hebben we toegang tot veel modules. Er zijn in dit hoofdstuk al meerdere e-health modules genoemd (zie bijvoorbeeld bij LVB); we herhalen dit hier niet. Wel noemen we graag nog onze 'welkomstmodule', die we aan het ontwikkelen zijn. Deze module laat de patiënt kennismaken en zich alvast inzetten ten behoeve van een vlotte behandelstart, onder meer door hem te laten denken over de behandeldoelen en door hem informatie over De Tender te geven.

²⁰ We schrijven e-health (conform e-mail) hoewel ook andere schrijfwijzen bestaan.

²¹ Bij AR worden de echte wereld en de virtuele wereld samengebracht in een interventie.

11.9 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.
- 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 12

BIJZONDERE AANDACHTSPUNTEN

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.

12.1 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 behandel sfeer 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 overprikkelend (wachtkamer muziek) 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'²². 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 in. 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 begrip (Rogers, 1951, 1957), is er veel onderzoek gedaan naar de invloed ervan op de therapeutische relatie en daarmee op het behandelresultaat. Norcross concludeerde op basis van een meta-analyse dat de therapeutische relatie niet 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.) (2018) en Van Oenen (2018), 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; 2017), 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 competenties waaraan een forensisch behandelaar dient te voldoen om zo richting te geven aan begeleiding of scholing.

²² 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.

12.2 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 gaan 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. Vandeperre (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.

12.3 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

²² 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.

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.

12.4 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 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 behandelaars 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 behandelplan.

- 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 zoiets binnen in het behandelplan 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 zijn²³; we

maken daarvan ook gebruik.

12.5 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 betekenen²⁴.
- Maatschappelijke ontwikkelingen ook buiten Nederland - denk hierbij aan migratiestromen - kunnen om aanpassing van onze toelatingscriteria en ons behandelplan vragen.
- Ook de voortschrijdende digitalisering van de samenleving behoeft aandacht. Deze biedt 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

²³ 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.

²⁴ Zie voor meer informatie: <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/nieuwe-bekostiging-ggz>.

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 ZonMW²⁵ 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 13

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 en we beschreven de context van ons behandelen en ons behandelaanbod. We besteedden aandacht aan de therapeutische relatie en keken naar enkele toekomstige ontwikkelingen.

13.1 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 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 de 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.

²⁵ <https://www.zonmw.nl/onderzoek-resultaten/geneesmiddelen/programmas/programma-detail/personalised-medicine/>

- 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 naastbetrokken 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.

13.2 CONCLUSIES

Voor de vorm en de inhoud van ons behandel aanbod betekent dit het volgende²⁶:

- 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 patient journey' is vormgegeven 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 waarde 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.
- Vooral nog 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.
- 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

²⁶ Sommige zaken staan bij publicatie van dit schrijven nog in de steigers.

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 behandel-evaluatie op geaggregeerd niveau (o.a. ROM).

LITERATUURLIJST

- 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.
- Babchischin., K.M., Hanson, R.K., Hermann, C.A. (2011). The characteristics of online sex offenders: A meta-analysis. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment* 23, 92-123.
- 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.
- Beek, D.J. van (1999). De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten; een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Deventer: Gouda Quint.
- Berg, J.W. van den, & Brand, E. (2008). De prevalentie van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de TBS. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 67-72.
- Berg, J.W. van den, Noom, S., & Bremer, M. van den (2015). *Mijn positief levensplan*:

Trainershandleiding. [My Positive Live Plan: Trainers guide.] Utrecht, De Forensische Zorgspecialisten.

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 Ehealth. 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.

Bourke, M.L. & Hernandez, A.E. (2009). Butner Study Redux: A Report of the Incidence of Hands-on Child Victimization by Child Pornography Offenders. *Journal of Family Violence*, 24, 183-191.

Bouman, Y.H.A. (2009). Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders: a good lives approach. Maastricht: Universiteit Maastricht.

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.

Clarke, M., Brown, S. & Vollm, B. (2014) Circles of Support and Accountability for sex offenders: A systematic review of outcomes. [Sexual Abuse](#). 2017 Aug;29(5):446-478.

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.

Cortoni, F., Hanson, R.K., & Coache, M. (2010). The recidivism rates of female sexual offenders are

low: A meta-analysis. *Sexual Abuse*, 22, 387-401.

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 criminologische 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. (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 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.

Drieschner K, Hesper BL (2008). Dynamic risk outcome scales. Zwolle: Trajectum.

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. (2018). Geraadpleegd via: <https://efp.nl/projecten/zorgprogrammas>.

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

Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. New York: Free Press.

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.

Goethals, K., & Cosyns, P. (2014). Seksuele stoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 196-200.

Graf, M. & Ditmann, V. (2011). Forensic-Psychiatric Treatment for Internet Sex Offenders: Ten Years of Experience. In: *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders: Theory, Practice, and Research*. Boer, D etc.

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

Haas, S. de (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36, 136-145.

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

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

Hag, B. ten & Posthumus, J. (2017). Gezond in seks: een groepstherapeutisch programma voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. *Groepen*, 12(1), 7-22.

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 behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27(5), 525-538.

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

Jennings, J. L., & Deming, A. (2017). Review of the Empirical and Clinical Support for Group Therapy Specific to Sexual Abusers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 29(8), 731-764.

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 Edition. New York: Brunner-Routledge.

Kaal, H.L. (2016). Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein. Leiden: Expertisecentrum Jeugd Hogeschool Leiden.

Kafka, M.P. (1997). Hypersexual desires in male: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 505-526.

Kaplan, M.S., & Krueger, R.B. (2010). Diagnosis, assessment and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47, 181-198.

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 Ehealth in forensic psychiatry, *Frontiers in Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsyt.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.

Knight, R.A., & Prentky, R.A. (1990). The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 23-52). New York: Plenum.

Koeck, S., Beek, D.J. van, & Doncker, D. de (2002). Classificatie van pedoseksuelen en verkrachters. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 37-45.

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.

Kool, R. (2007). Strafbare seksualiteit. In A.P. Van Wijk, R.A. Bullens & P. Van den Eshof (Eds). *Facetten van zedencriminaliteit* (pp.99-124). Doetinchem: Reed Business BV.

Korfage, I., & Hoop, W.C. de (2006). De ontkenning voorbij: Diagnostiek en behandeling van een vrouwelijke seksueel delinquent. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 138-143.

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.

Leeuw, E., Bijl, R.V. & Daalder, A. (2004). *Pedoseksuele delinquentie: een onderzoek naar prevalentie, toedracht en strafrechtelijke interventies*. Den Haag: Boom.

- Lindsay, W.R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 74-85.
- 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.
- Marshall, W. L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 109-116.
- Marshall, L.E., O'Brien, M.D., Marshall, W.L., Booth, B. & Davies, A. (2012). Obsessive Compulsive Disorder, Social phobia, and loneliness in incarcerated internet child pornography offenders. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 19 (1-2), 41-52.
- Marshall, W.L. & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of etiology of sexual offending. In W.L. Marshall, D.R. Lamb & H.E. Barbaree (Eds). *Handbook of sexual assault; issues, theories and treatment of the offender* (pp 257-275). New York: Plenum.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, O'Brien, M.D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders: A strength-based approach*. Washington: American Psychological Association.
- Mali, S.R.F. (2007). Geregistreerde zedencriminaliteit in Nederland. In A. P. Van Wijk, R. A. R. Bullens & P. Van den Eshof (Eds.), *Facetten van zedencriminaliteit* (pp. 71-98). Den Haag: Elsevier.
- Matthews, R., Matthews, J.L., & Speltz, K. (1991). Female sexual offenders. A Typology. In M.Q. Patton (Ed.), *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation* (199-219). London: Sapp.
- Metz, M. (2018). *Shared decision making in mental health care*. Academisch proefschrift VU, Amsterdam.
- Miller, H. A., (2016, March). Presentation at the conference for the Texas Council on Sexual Offender Treatment. San Antonio, Texas.
- 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. 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.

Prentky, R.A., & Knight, R.A. (1991). Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, 643-661.

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.

Seto, M. C. (2019). The Motivation-Facilitation Model of Sexual Offending. *Sexual Abuse*, 31(1), 3-24.

Seto, M. C., & Hanson, R. K. (2011). Introduction to special issue on Internet-facilitated sexual offending. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23 (1), 3-6.

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

Smeijsters, H., & Gleven, C. (2004). *Vaktherapie in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum 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.

Smid, W.J. (2014b). *Zedendelinquenten onderscheiden: Een globaal overzicht van de stand van zaken met betrekking tot subgroepen, recidiverisico's en behandelbaarheid van zedendelinquenten*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

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 Gespreksterapie*.

Taylor, M. & Quayle, E. (2003). *Child pornography: an Internet crime*. Hove: Brunner-Routledge.

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

Thornton, D., & D'Orazio, D. (2013). Best practice in SVP treatment programs. In L. C. Craig, L. Dixon, & T. Gannon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidenced based approach to assessment and treatment*. Chichester, England, John Wiley & Sons, Ltd.

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.

Vandepierre, 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 uitgeverij.

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.

Ward, T., Polaschek, P.L.L., & Beech, T. (2006). Theories of sexual offending. Chichester UK: J. Wiley & Sons.

Ward, T. & Siegert, R.J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: a theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law*, 8, 319-351.

Ware, J., & Mann, R. E. (2012). How should "acceptance of responsibility" be addressed in sexual offending treatment programs? *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 279-288.

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.

Wijk, A van, Blokland, A (2008). Zedendelinquentie en etniciteit. *Mens en maatschappij*, 83 (2), 109-127.

Wijkman M.C.B., Bijleveld, C., & Hoving, E. (2008). "Zoiets doet een vrouw niet". Kenmerken en subtypen van vrouwelijke zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 50, 215-233.

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

