



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

PPC | Penitentiair Psychiatrische Centra

- > **Bijlage 1: Onderzoekprogramma PPC's**
Een advies van de Ronde Tafel aan de directeur Gevangeniswezen
- > **Bijlage 2: Psychiatrische zorg in detentie**
Een literatuuroverzicht



Bijlage 1: Onderzoekprogramma PPC's **4**

Een advies van de Ronde Tafel aan de directeur Gevangeniswezen

Bijlage 2: Psychiatrische zorg in detentie **30**

Een literatuuroverzicht



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

PPC | Penitentiair Psychiatrische Centra

> **Bijlage 1: Onderzoekprogramma PPC's**

Een advies van de Ronde Tafel aan de directeur Gevangeniswezen



Bijlage 1: Onderzoekprogramma PPC's

Een advies van de Ronde Tafel
aan de directeur Gevangeniswezen

Dit rapport is verschenen in opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen, Sector Gevangeniswezen.

Uitgever: Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag & Impact R&D, Amsterdam.

Auteur: Janine Plaisier, Impact R&D, Prins Hendrikkade 120, 1011 AM Amsterdam, www.mpct.eu.

©2012, DJI & Impact R&D, auteursrechten voorbehouden

Inhoudsopgave

1. Algemene inleiding	8
2. Methode	8
3. Doelen en werkzame mechanismen van de PPC's	8
4. Kennis uit onderzoek	8
5. Aanbevelingen voor het onderzoekprogramma PPC's	8

Bijlagen

1. Leden van de Ronde Tafel	8
2. Overzicht van lopend (of recent afgerond) onderzoek	8
3. Aanvullende documenten	8

1. Algemene inleiding

Sinds 2009 beschikt de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) over vijf Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's). In deze PPC's wordt psychiatrische zorg verleend aan gedetineerden die daarvoor zijn geïndiceerd en die niet voldoende behandeld kunnen worden binnen de reguliere zorg van penitentiaire inrichtingen (PI's). Om de kwaliteit van behandeling in de PPC's te volgen en verder te verbeteren zal onderzoek gedaan worden, door en voor de PPC's.

In deze notitie wordt een onderzoekprogramma voor de komende jaren voorgesteld. Dit advies is gericht aan de directeur Gevangeniswezen en is opgesteld door de Ronde Tafel. De Ronde Tafel bestaat uit een aantal wetenschappers en deskundigen uit de PPC's, die door de directeur Gevangeniswezen zijn gevraagd om hem te adviseren over de ontwikkeling van de PPC's (zie ook bijlage 1).

De notitie begint met een overzicht van de doelen en veronderstelde werkzame mechanismen van de PPC's. Daarna wordt een samenvatting gegeven van kennis uit wetenschappelijk onderzoek over deze doelen en mechanismen. Vervolgens worden in hoofdstuk 5 de aanbevelingen van de Ronde Tafel beschreven: welke onderzoeksvragen zijn de komende jaren belangrijk voor de PPC's.

Elke PPC heeft eigen onderzoeksvragen (zo heeft PPC Amsterdam een eigen onderzoekprogramma opgesteld) en ook externe onderzoekers zullen onderzoek binnen de PPC's willen doen. De adviezen die in dit rapport vermeld staan (hoofdstuk 5) kunnen helpen bij het vaststellen van prioriteiten. De concrete planning van onderzoek zal gebeuren door de Onderzoekcommissie PPC's, die binnenkort wordt ingesteld door de directeur Gevangeniswezen. Deze onderzoekcommissie zal bestaan uit vertegenwoordigers van de PPC's en externe wetenschappers. Iedereen die onderzoek wil doen (onderzoekers uit de PPC maar ook externen) kan een voorstel indienen bij deze toekomstige onderzoekscommissie. De onderzoekcommissie bepaalt welke onderzoeken wel of niet gedaan gaan worden en door wie. De commissie zal dit bepalen op basis van het onderzoekprogramma dat voor u ligt, zodat vooral onderzoek gedaan gaat worden wat volgens de Ronde Tafel prioriteit heeft. De leden van de Ronde Tafel hopen dat de belangrijkste onderzoeken in de loop der jaren stap voor stap uitgevoerd kunnen worden, onder het motto: klein beginnen. Innovatie begint klein, en verspreidt zich daarna als een olievlek.

Juli 2012, de leden van de Ronde Tafel:

Dr. Co Bleeker	Prof.dr. Pauline Meurs	Drs. Pierre Stalman
Prof.dr. Michiel Hengeveld	Dr. Henk Millius	Prof.dr. Guy Widdershoven
Prof.dr. Ko Hummelen	Prof.dr. Corine de Ruiter	
Dr. Erik Masthoff	Prof.dr. Guus Schrijvers	
Dr. Chris van der Meer		

2. Methode

Om het onderzoekprogramma op te stellen zijn verschillende activiteiten uitgevoerd. Deze worden hieronder beschreven.

Besprekingen Ronde Tafel

De Ronde Tafel is tussen september 2011 en juli 2012 vijf maal bijeen gekomen om onderwerpen te bespreken die voor de PPC's relevant zijn. Tijdens die bijeenkomsten zijn inzichten uit onderzoek en praktijk besproken en zijn suggesties voor (vervolg)onderzoek gedaan.

Digitale vragenlijst

Daarnaast is een digitale vragenlijst ontwikkeld en verzonden aan de leden van de Ronde Tafel en een aantal medewerkers van de PPC's (zie bijlage 1). Het doel daarvan was een globale inventarisatie te maken van de doelen en veronderstelde werking van de aanpak van de PPC's (de werkzame mechanismen). Daarnaast werd gevraagd om suggesties voor zoektermen en onderzoeksliteratuur. De vragenlijst werd verzonden rond de kerst van 2011 en werd ingevuld door 5 wetenschappers, 5 medewerkers van het gevangeniswezen, door medewerkers van 4 van de 5 PPC's, een medewerker van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het ministerie van Veiligheid & Justitie (WODC) en een medewerker van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Interviews

Naar aanleiding van de respons op de vragenlijst zijn aanvullende verdiepende interviews gehouden met een aantal leden van de Ronde Tafel (hoogleraren psychiatrie, forensische psychologie en gezondheidswetenschappen), om meer zicht te krijgen op kennis uit de verschillende disciplines over de doelen van de PPC's en om dieper in te gaan op het benodigde onderzoek voor de PPC's. De interviews zijn gehouden met: prof.dr. K. Hummelen, prof.dr. M. Hengeveld, prof.dr. C. de Ruiters en prof.dr. G. Schrijvers.

Daarnaast werd gesproken met vertegenwoordigers van de PPC's: een groepsgesprek met drs. P. Stalman, dr. J. Wesselius en dr. Gorter (PPC Amsterdam) en een gesprek waarin een conceptversie van dit rapport werd besproken met dr. E. Masthoff (PPC Vught) en dr. A. van den Hurk (adviseur wetenschappelijk onderzoek DJI).

Literatuurstudie

Tevens is een literatuurstudie uitgevoerd. Het doel was om tot een globaal overzicht te komen dat in relatief korte tijd kon worden opgesteld. Het overzicht is een handreiking voor mensen die te maken hebben met mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die in een gevangenis opgenomen zijn (geweest): medewerkers in

de PPC's, reguliere PI's en GGZ-instellingen. De inzichten uit de literatuur kunnen wellicht aanleiding geven voor de PPC's om artikelen verder te bestuderen, verder onderzoek uit te voeren of bestaande methoden verder te ontwikkelen.

De literatuurstudie diende tevens als ondersteuning bij het opstellen van het meerjaren onderzoeksprogramma van de PPC's. Er kan gekozen worden voor juist de onderwerpen waar relatief weinig onderzoek naar is gedaan, of voor onderwerpen waar in het buitenland veel over bekend is, maar die in Nederland misschien anders werken.

Inventarisatie lopend onderzoek

Om na te gaan welk onderzoek momenteel loopt zijn databases geraadpleegd van het WODC en EFP. Tevens is navraag gedaan bij de afdeling Analyse, Strategie en Kennis van DJI en het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). De databases bleken niet altijd up-to-date informatie te bevatten. De informatie betreft dan ook lopend onderzoek maar waarschijnlijk ook een deel recent afgerond onderzoek. Een groot deel van de gegevens is afkomstig uit de database van het EFP; voorzien is dat deze database (www.efp.nl) in de zomer van 2012 wordt bijgewerkt.

Definities

De PPC-patiënten zijn gedetineerden met uiteenlopende problematiek. Ten eerste hebben zij verschillende psychiatrische stoornissen (as I: klinische stoornissen, zoals angststoornissen of psychotische stoornissen; en as II, persoonlijkheidsstoornissen, zoals antisociale persoonlijkheidsstoornis of narcistische persoonlijkheidsstoornis). Ten tweede hebben PPC-patiënten vaak verslavingsproblematiek, en vaak ook een combinatie van verslaving en psychiatrische stoornissen, wat 'dubbele diagnose' genoemd wordt. Voor de leesbaarheid gebruiken we in dit rapport de term 'psychiatrische problematiek' als overkoepelende term voor alle stoornissen, zowel psychiatrische als verslavingsproblematiek. Als een onderwerp specifiek gaat over mensen met een dubbele diagnose dan wordt dat vermeld.

Uitvoering

De bijeenkomsten van de Ronde Tafel werden geleid door het gevangeniswezen, onder voorzitterschap van Jaap Hillmann van Hillmann Beleids- en organisatieadviezen BV en onder begeleiding van Anita Johannisse van DJI. De overige activiteiten (vragenlijst, interviews, literatuurstudie, overzicht lopend onderzoek en het opstellen van deze notitie) zijn uitgevoerd door medewerkers van onderzoek- en adviesbureau Impact R&D: Janine Plaisier MSc, dr. Daphne Wiersema en Mayke Mol MSc, Vera Hoetjes en Mark van der Giessen MSc.

3. Doelen en veronderstelde werkzame mechanismen van de PPC's

Inleiding

Om het onderzoekprogramma voor de PPC's op te stellen zijn eerst de doelen van de PPC's geïnventariseerd, alsmede de aanpak die gekozen is om de doelen te bereiken. Dit is van belang om in een later stadium te kunnen onderzoeken of de gekozen aanpak effectief is, voor wie, wanneer en in welke situatie. Een meerjaren onderzoekprogramma voor de PPC's kan juist op deze vragen gericht worden. Als uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat over bepaalde veronderstellingen al veel bekend is, kan ervoor gekozen worden hier geen verder onderzoek naar te doen. Als er echter leemtes blijken, zou nieuw onderzoek juist op die aspecten gericht kunnen worden.

Doelen

De doelen van de PPC's zijn volgens de beschikbare documenten gericht op het geven van verantwoorde zorg, herstel van de patiënt, het verminderen van recidive en daarmee het vergroten van de veiligheid van de samenleving. Uit de discussies binnen de Ronde Tafel, interviews en de respons op de vragenlijst blijkt dat de deskundigen het belangrijk achten dat niet alleen goede en haalbare doelen worden gesteld maar ook dat de PPC's 'afgerekend' gaan worden op de juiste doelen. Daarbij gelden voor verschillende patiënten andere doelen. Het einddoel recidivevermindering zal dan ook lang niet altijd een geschikte maat zijn. Het hangt af van de problematiek van de patiënt en de beschikbare tijd in de PPC's of de aanpak van de PPC van invloed kan zijn op recidive. Sommige psychiatrische stoornissen zijn namelijk pas na jaren verminderd, terwijl de meeste patiënten maar drie maanden in de PPC verblijven. In dat geval kan alleen stabilisering van de problematiek een doel zijn waar de PPC's op afgerekend mogen worden. Doordat er veel verschillende vervolgttrajecten mogelijk zijn is er geen causaal verband aan te tonen tussen het effect van de PPC-aanpak en de problematiek van de patiënt en/of zijn recidive op langere termijn. Wel kan het succes van de doorverwijzing gemeten worden.

Volgens de deskundigen kunnen de doelen van de PPC's als volgt geformuleerd worden: 1) het bieden van verantwoorde zorg aan patiënten en 2) het verminderen van risicofactoren voor crimineel gedrag. Dit betekent dat de PPC's wel tot doel hebben risicofactoren te verminderen (bijvoorbeeld door stabilisering van psychiatrische problematiek, het organiseren van vervolgzorg, het vergroten van motivatie) maar niet verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor dat wat na de PPC's gebeurt.

De doelen van de PPC's zijn:

1. Het bieden van verantwoorde zorg aan patiënten.
2. Het verminderen van risicofactoren op crimineel gedrag.

De doelen maken ook duidelijk dat de PPC's anders zijn dan reguliere PI's en anders dan de GGZ. De PPC's bieden meer zorg dan reguliere PPC's. En de PPC's zijn, anders dan de reguliere GGZ ook gericht op het verminderen van risicofactoren voor crimineel gedrag.

Om welke patiënten gaat het?

De patiënten die instromen in de PPC's zijn een zeer heterogene groep. Het gaat om een combinatie van stoornissen, waarbij de meeste patiënten gedragsproblemen hebben, sociale inbedding missen en ernstige psychosociale problematiek hebben. Ook de justitiële insluiting is divers: de meerderheid is kort of preventief gehecht, een klein percentage is langdurig gestraft. Precieze getallen ontbreken nog omdat de PPC's nog maar kort bestaan maar de gemiddelde verblijfsduur lijkt rond de drie maanden te liggen. De duur van het verblijf wordt vooral bepaald door de justitiële titel en niet door de zorgbehoefte: patiënten worden vrijgelaten, geschorst of uitgezet op basis van de rechtsgang en niet op basis van de psychiatrische problematiek. Er is grote hectiek bij deze heterogene groep met zeer begeleidingsintensieve patiënten.

Taken

Om de doelen te bereiken zijn taken voor de PPC's vastgesteld. Uit de verschillende bronnen is afgeleid dat de volgende taken voor de PPC's het belangrijkste zijn.

De belangrijkste taken van de PPC's zijn:

- a. Stabiliseren.
- b. Diagnostiek.
- c. Motiveren.
- d. Zorg en behandeling.
- e. Continuïteit van zorg en behandeling.

Op grond waarvan wordt verwacht dat de doelen juist door deze taken wordt bereikt? Wat zijn de achterliggende redenen om juist voor de gekozen aanpak te kiezen? De onderliggende beleidstheorieën of veronderstellingen zijn herleid door middel van het bestuderen van documenten en het bevragen van deskundigen door middel van interviews en de genoemde vragenlijst. Op grond van deze informatie is wordt in tabel 1 weergegeven welke aanpak de PPC's hebben gekozen om hun taken uit te voeren. Het literatuuronderzoek en het onderzoekprogramma zijn gericht op deze aanpak en veronderstellingen. We komen hier later op terug.

Tabel 1: De doelen, taken, aanpak en veronderstelde werkzame mechanismen van de PPC's.

Doel	Taken	Gekozen aanpak	Veronderstelde werkzame mechanismen
<p>1: Bieden van zorg</p> <p>2: Verminderen van risicofactoren</p>	Stabiliseren	<ul style="list-style-type: none"> De PPC's creëren mogelijkheden voor beveiliging en dwangmaatregelen waarbij voldaan wordt aan wet- en regelgeving. PPC's hebben verschillende beveiligingsniveaus, bieden veiligheid en structuur. Er wordt een zorggericht en therapeutisch klimaat tot stand gebracht. Er wordt crisismanagement geboden, alsmede psychiatrische interventies gericht op destabilisatie van psychiatrische problematiek (waaronder farmacotherapie) en op het leren van basale interventies. Er zijn middelen om de interventies te monitoren en controleren (waaronder toegang tot laboratoriumonderzoek). 	<ul style="list-style-type: none"> Als crisismanagement en psychiatrische en gedragsgerichte interventies geboden worden in een veilige en beveiligde omgeving kunnen patiënten gestabiliseerd worden. Als de PPC's een zorggericht en therapeutisch detentieklimaat hebben, kunnen patiënten beter gestabiliseerd worden. Als de patiënt afstand krijgt van zijn stressvolle levensomstandigheden (straat, middelen scoren, misbruik, invloed van slechte vrienden), ontstaat eerder stabilisatie van acute psychiatrische beelden, vermindert het gevaar voor de patiënt zelf en de omgeving, en ontstaan groeiomstandigheden, waardoor behandeling eerder kan starten.
	Diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> Gedetineerden met ernstige psychiatrische stoornissen worden overgeplaatst naar PPC's. Bij elke patiënt wordt bij binnenkomst een diagnose gesteld. Zo nodig wordt de diagnose tijdens het verblijf bijgesteld. Bij het verlaten van de PPC wordt opnieuw diagnose gesteld. Er zijn geschoolde professionals en middelen (testmateriaal) beschikbaar om diagnose te kunnen stellen. 	<ul style="list-style-type: none"> Als PPC-patiënten snel en accuraat worden gediagnosticeerd, met gevalideerde instrumenten en methoden, kan sneller passende en effectieve behandeling worden gestart. Als de diagnostiek multidisciplinair plaatsvindt door geschoolde professionals, dan zal de diagnose beter zijn.
	Motiveren	<ul style="list-style-type: none"> Patiënten worden gemotiveerd voor behandeling door middel van psycho-educatie, face-to-face contact met hulpverleners, dagactiviteiten en het leren van basisvaardigheden (levensstijl, betalingsgedrag, arbeid en daginvulling). Er wordt een start gemaakt met herstel van contact met familie van de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> Als patiënten psycho-educatie krijgen, alsmede face-to-face gesprekken met hulpverleners, dagactiviteiten en basisvaardigheden dan zullen zij meer gemotiveerd raken voor behandeling. Als patiënten gemotiveerd zijn, zullen zij eerder starten met behandeling. Als patiënten worden aangesproken op hun eigen kracht en verantwoordelijkheid, zal hun motivatie om aan zichzelf te werken toenemen. Als aandacht wordt besteed aan het herstellen en contact leggen met het familie-netwerk, dan zal de motivatie voor behandeling toenemen. Als een systeembenadering wordt gehanteerd bij ernstige complexe patiënten, dan zal de kans op gedragsverandering vergroten.
	Zorg en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> Er wordt zo snel mogelijk medische en psychiatrische behandeling gestart. Behandeling wordt gericht op medische symptomen, op psychiatrische stoornissen en (als er voldoende tijd is) op het verminderen van criminogene risicofactoren (waarbij specifiek op recidivevermindering gerichte behandelmodules extern ingehuurd kunnen worden). Er zijn geschoolde professionals (GZ psychologen, psychiaters e.d.). Er wordt vertrouwen gecreëerd tussen professionals uit verschillende disciplines, een goede organisatiestructuur opgezet en een goede relatie tussen management en professionals nagestreefd. 	<ul style="list-style-type: none"> Als behandeling snel start, kan dat extra psychische en lichamelijke schade voorkomen. Als behandeling start, kunnen criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden. Als criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, dan kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst naar de GGZ. Omdat er een zeer kleine groep langverblijvende patiënten in de PPC's is is het efficiënter om specifieke behandelmodules extern in te huren. Als psychische stoornissen en criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, zal het risico op recidive verminderen. Als behandeling sneller wordt gestart, zal de motivatie voor vervolgbehandeling vergroten. Als er geschoolde professionals zijn kan kwalitatief goede zorg geboden worden. Als er vertrouwen wordt gecreëerd tussen disciplines zal de organisatie beter functioneren en behandeling beter zijn.
Continuïteit van zorg en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> De PPC's ontwikkelen of versterken samenwerkingsverbanden met ketenpartners, wisselen informatie en expertise uit. Patiënten worden zo snel mogelijk doorgeplaatst naar een vervolginstelling binnen de GGZ. Doorplaatsing kan alleen met een juridische titel of op vrijwillige basis. De justitiële titel van de patiënt is van belang voor het vervolgetraject na de PPC. Zo mogelijk wordt familie van de patiënt betrokken ten behoeve van het vervolgetraject. 	<ul style="list-style-type: none"> Als er goed contact is tussen PPC's en ketenorganisaties, zal de informatieverstrekking over patiënten beter zijn. Als PPC's goed contact hebben met ketenorganisaties kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst. Als familie kan ondersteunen kan continuïteit van zorg betere bereikt worden. Als patiënten worden doorgeplaatst naar de GGZ, dan kan betere en effectievere zorg en behandeling worden geboden, doordat de GGZ over meer specifieke behandelmethoden beschikt en doordat de patiënten in de vrijere setting beter kunnen oefenen met nieuw gedrag. Als continuïteit van zorg geboden wordt zal het risico op recidive verminderen. 	

4. Kennis uit wetenschappelijk onderzoek

Het literatuuronderzoek werd toegespitst op de doelen en veronderstellingen die in het vorige hoofdstuk werden beschreven. Hieronder volgt een samenvatting van de onderzoeksliteratuur die over deze onderwerpen is gevonden. Hierbij wordt aangegeven op welke onderdelen meer onderzoek wenselijk is en wat relevante onderzoeksvragen zijn voor de PPC's. In het volgende hoofdstuk wordt het onderzoekprogramma concreet geformuleerd, en wordt aangegeven wat prioriteit heeft.

Stabiliseren

Stabiliseren (het inzetten van maatregelen en interventies die de fysieke en psychische toestand van de patiënt stabiliseren) is nodig om veiligheid te kunnen garanderen voor de patiënten zelf en voor de medewerkers. Pas nadat patiënten gestabiliseerd zijn kan behandeling starten. Eerst moet een stabiele situatie bereikt worden en moeten (agressieve) incidenten zoveel mogelijk beperkt worden. Uit onderzoek blijkt dat dit voor de PPC's belangrijk is omdat gedetineerden met psychiatrische problematiek twee tot drie keer meer fysieke en verbale agressie uiteten dan gedetineerden zonder psychiatrische problematiek, dat er meer incidenten en suïcidepogingen zijn dan bij 'gezonde' gedetineerden en hun symptomen en gezondheid vaak achteruit gaan. Dit zijn allemaal factoren die een effectieve behandeling in de weg kunnen staan.

Uit de onderzoeksliteratuur komen aspecten naar voren die belangrijk zijn bij het stabiliseren van patiënten. Het is van belang om afdelingen in de PPC's te hebben met verschillende beveiligingsniveaus waartussen patiënten snel heen en terug kunnen worden geplaatst indien dat nodig is. Vaak worden crisisteam ingezet die toezien op de psychische en medische behoeften van patiënten en een fasegewijze of een stapsgewijze aanpak gebruiken in crisissituaties. Het bejegenen en motiveren van patiënten door personeel is van grote invloed. Motiveren van patiënten voor verandering is van essentieel belang voor een effectieve behandeling. Ook komt duidelijk naar voren dat het belangrijk is om zo min mogelijk dwangmaatregelen te gebruiken en de patiënt ook daarbij een keuzemogelijkheid te geven (bv. dwangmedicatie of opsluiten in een separeerel). Er zijn methoden (ook in de Nederlandse GGZ) die interessant zijn voor de PPC's. Ook blijkt uit onderzoek dat het aanleren van basale vaardigheden belangrijk is bij stabilisering, hoewel daar minder onderzoeksliteratuur over is gevonden. Tenslotte komt uit de literatuur naar voren dat aandacht nodig is voor het omgaan met agressie jegens personeel, niet alleen om burnout bij personeel te voorkomen, maar ook omdat het gedrag van personeel van grote invloed is op het gedrag van de patiënten. Het is belangrijk dat zij als een pro-sociaal rolmodel fungeren.

Uit de literatuur blijkt dat de keuze voor een aantal maatregelen die door de PPC's worden getroffen met als doel stabilisering van patiënten te bereiken, wordt ondersteund door kennis uit wetenschappelijk onderzoek. De wijze waarop de maatregelen door de PPC's zijn ingevuld zijn op hoofdlijnen beschreven, waardoor op grond van de documenten niet ingeschat kan worden in hoeverre de gebruikte methoden effectief zullen zijn. Het verdient aanbeveling om de besproken literatuur te gebruiken bij verdere ontwikkeling of protocollering van methoden. Nieuw onderzoek zou gericht kunnen worden op de evaluatie van best practices in de PPC's, de invoering van bijvoorbeeld de GGZ-methode voor dwangreductie en methoden voor 'coping' van personeel in de hectische en vaak agressieve werkomgeving.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur over stabiliseren:

Zorg voor de volgende aspecten in de PPC's:

- Beveiliging met verschillende beveiligingsniveaus om veiligheid en structuur te kunnen bieden en om patiënten snel heen en terug te kunnen plaatsen (lieft ook van en naar de GGZ).
- Crisismanagement gericht op stabilisatie van psychiatrische problematiek. Gebruik crisisteam die toezien op de psychische en medische behoeften van patiënten en een fasegewijze of een stapsgewijze aanpak gebruiken. Gebruik de multidisciplinaire richtlijnen.
- Methoden voor dwang en methoden om dwang te reduceren. Veelbelovende methoden lijken bijvoorbeeld 'contact tijdens de eerste vijf minuten' en 'moreel beraad' die in de GGZ worden gebruikt.
- Een zorggericht en therapeutisch klimaat. De kans op een succesvolle behandeling is groter in een omgeving die zo min mogelijk beperkend is. Gebruik aanknopingspunten uit de (Nederlandse en internationale) literatuur over hoe dit klimaat zo goed mogelijk bereikt kan worden.
- Het aanleren van basale vaardigheden, waarbij patiënten leren beter voor zichzelf te zorgen.
- Het omgaan met agressie jegens personeel. Zorg niet alleen voor het voorkomen van burnout bij personeel, maar ook voor een pro-sociaal rolmodel van personeel voor patiënten. Licht medewerkers goed voor, zodat zij misverstanden bij patiënten kunnen wegnemen, informatie kunnen verstrekken over behandelmethodes, stereotype attitudes kunnen verminderen en patiënten ontvankelijker kunnen maken voor verandering. Geef de opleiding en voorlichting van personeel in het omgaan met de patiënten als pro-sociaal rolmodel nog meer prioriteit.

Diagnostiek

Elke stoornis vereist een andere aanpak of behandeling. Daarbij moet zowel diagnose van de psychiatrische problematiek als van andere risicofactoren gedaan worden, zodat aan alle probleemgebieden gewerkt kan worden. Daarnaast is het ook van belang om de sterke kanten en behoeften van de patiënten vast te stellen en deze te adresseren bij de verdere behandeling. Het uitvoeren van diagnostisch onderzoek bij de PPC-populatie is niet eenvoudig. Wel komen uit de literatuur aspecten naar voren die gebruikt kunnen worden bij de uitvoering van diagnostiek.

Het doel van psychiatrische diagnostiek is het verklaren en begrijpen van de toestand van de patiënt en het inzetten van een doeltreffende behandeling. Diagnostiek omvat een groot aantal aspecten. Het gaat niet alleen om het vaststellen van de symptomen in hun samenhang en hun ontwikkeling, maar ook om de mogelijke lichamelijke en psychische oorzaken van de aandoening, de sterke en zwakke kanten van de persoonlijkheid van de patiënt en het gedrag van de patiënt in relatie tot het in stand houden danwel oplossen van de problemen (Hengeveld, in: Hengeveld & Schudel, 1997). Om tot diagnose te komen is uitgebreid onderzoek door de arts nodig, die anamnese, heteroanamnese en onderzoek (observatie, exploratie en testen) uitvoert, de gegevens ordent, samenvat en de relevantie ervan weegt. Vooral deze subjectieve weging van de informatie vereist psychiatrisch inzicht en ervaring (Leidraad).

Momenteel wordt vaak de DSM-IV-TR gebruikt om psychiatrische stoornissen te classificeren (en de DM-ID voor licht verstandelijk gehandicapten). Intelligentietesten en persoonlijkheidstesten kunnen helpen bij diagnostiek of bij het kiezen van wat een patiënt aan psychotherapie aankan (Nimwegen, in: Hengeveld & Van Balkom, 2005). Het Trimbos-instituut heeft al een overzicht gemaakt van instrumenten die worden aanbevolen voor de PPC-doelgroep. Aan classificering kleven risico's. Het gevaar van dergelijke classificering is dat er ten onrechte een te groot waarheidsgehalte wordt toegekend aan de indeling in ziektebeelden: de gesignaleerde problematiek wordt tot soms zeer globale ziekte-eenheden gededuceerd. Anderzijds biedt classificering het voordeel dat patiëntgegevens benut kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek (Hengeveld, in: Hengeveld & Schudel, 1997). Het classificeren van stoornissen en afname van vragenlijsten alleen is niet voldoende om tot een betrouwbare en valide diagnose te komen; er is uitgebreid onderzoek en observatie nodig. Psychiatrisch onderzoek kan alleen gedaan worden door artsen met voldoende kennis van de symptomatologie van de verschillende psychiatrische ziektebeelden.

Voor de inschatting van andere criminogene factoren (factoren die gerelateerd zijn aan delictgedrag, zoals bijvoorbeeld huisvesting, financiën, antisociale attitudes, antisociale vriendenkring, denkfouten) zijn verschillende gevalideerde instrumenten beschikbaar. Deze instrumenten lijken in de PPC's nog weinig aandacht te krijgen maar zijn volgens de onderzoeksliteratuur dus wel essentieel. Uit onderzoek komt duidelijk naar voren dat gestructureerde en gevalideerde methoden voor risicotaxatie van

deze factoren betrouwbaarder zijn dan een ongestructureerd professioneel oordeel. Voor de PPC's kan inspiratie verkregen worden bij de risicotaxatie-instrumenten RISC en MATE-CRIMI (die in reguliere PI's gebruikt worden en dus voor een aantal PPC-patiënten al zullen zijn afgenomen) en instrumenten die in de TBS gebruikt worden (zoals de HCR-20, HKT-30, PCL-R, SVR-20, SAPROF, START). Het is wel nodig om de instrumenten voor gebruik bij PPC-patiënten te valideren. Omdat het aantal patiënten met een licht verstandelijke handicap groot lijkt te zijn in de PPC's moet gelet worden op de vraag of de instrumenten ook bruikbaar zijn bij deze doelgroep; dit geldt ook voor allochtone patiënten. Het is van belang dat personeel goed wordt geschoold in de afname van de instrumenten en dat zo nodig opnieuw diagnose wordt gesteld.

Nieuw onderzoek kan mogelijk gericht worden op de vraag welke instrumenten de PPC's het best kunnen gebruiken voor diagnose van psychiatrische problematiek en wat het meest geschikte risicotaxatie-instrument voor de PPC's is (of welke het best aangepast kan worden). Daarbij verdient het de voorkeur om ook wat betreft instrumentgebruik aan te sluiten bij andere instellingen in de keten, dus bijvoorbeeld instrumenten gebruiken die ook al in de PI's, of TBS, of GGZ gebruikt worden.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur over diagnostiek:

- Zorg voor accurate diagnose van psychiatrische problematiek bij binnenkomst van patienten, waarmee bepaald kan worden welke behandeling passend is. Gebruik hierbij de DSM-IV en aanvullende instrumenten en richtlijnen en laat deze gebruiken door daarvoor geschoold en ervaren personeel.
- Doe ook risicotaxatie van andere criminogene risicofactoren, alsmede beschermende factoren. Ontwikkel en/of gebruik gestructureerde en gevalideerde methoden voor risicotaxatie van deze factoren. Ga na welke instrumenten geschikt zijn of aangepast kunnen worden voor de PPC's en sluit aan op de forensische zorg. Doe inspiratie op bij de bestaande instrumenten RISC en MATE-CRIMI (die in reguliere PI's gebruikt worden en dus voor een aantal PPC-patiënten al zullen zijn afgenomen) en instrumenten die in de TBS gebruikt worden (zoals de HCR-20, HKT-30, PCL-R, SVR-20, SAPROF, START). Zorg voor validering van het instrumentarium, met name ook voor allochtone patienten en degenen met een verstandelijke handicap.

Motiveren of 'readiness to change'

Er is ook veel onderzoek gedaan naar het motiveren van delinquenten. Motivatie van patiënten voor behandeling, het verkrijgen van inzicht en de wil om nu écht te willen veranderen, is essentieel voor het behandelresultaat. Bij veel PPC-patiënten zal het nodig zijn om eerst met behulp van medicatie de psychische toestand te stabiliseren voordat aan het motiveren voor verdere behandeling en gedragsverandering kan worden begonnen. De literatuur suggereert

dat er vervolgens vooral aandacht moet worden besteed aan motivering, omdat als de patiënt niet werkelijk wil veranderen, effectieve behandeling een illusie zal zijn. Het is van belang inzicht te hebben in de 'therapeutic readiness' van de patiënt en methoden te gebruiken waarmee de patiënt gaandeweg een steeds groter gevoel van noodzaak tot verandering krijgt. De patient hoeft vooraf niet super gemotiveerd te zijn om te kunnen starten, maar het is van belang om aandacht te schenken aan zijn (gebrek aan) 'readiness to change', de patient 'mee te krijgen' en de motivatie gaandeweg te vergroten.

Drie veelgenoemde concepten zijn (Therapeutic) Engagement (betrokkenheid bij de therapie, meedoen), Motivatie, en Readiness (gevoelde noodzaak tot therapie, 'eraan toe zijn'). Readiness wordt hierbij gezien als voorwaarde voor Engagement (McMurrin & Ward, 2010). Hetzelfde geldt voor Motivatie (Drieschner, Lammers, & Van der Staak, 2004). Een lage Engagement hoeft niet gelijk te staan aan een lage Motivatie: een patiënt kan zich wel anders willen gedragen maar kan toch weinig fiducia hebben in de therapie (Howells & Day, 2007). Hoewel er verschillende definities en modellen van motivatie zijn, wat het lastig maakt om onderzoeksresultaten te vergelijken, zijn er methoden ontwikkeld die bruikbaar kunnen zijn voor de PPC's. Door de PPC's worden deze methoden niet genoemd in de bestudeerde beleidsdocumenten. Wel worden psycho-educatie, face-to-face-contact met hulpverleners, dagactiviteiten en het leren van basisvaardigheden door de PPC's genoemd als motiverende maatregelen. De onderzoeksliteratuur suggereert echter dat veel méér nodig is om patiënten te motiveren. Daarbij kunnen programma's gericht worden op enerzijds de scholing van personeel. Hiervoor wordt de methode Motivational Interviewing veel gebruikt in detentiesettings, zo ook in de Nederlandse PI's. Daarnaast zijn er methoden ontwikkeld die specifiek gericht zijn op het veranderen van denkpatronen van delinquenten, zoals het MORM-model, het conceptuele framework voor motivatie en het Ready Set Go Program die wellicht ook toepasbaar zijn (eventueel in aangepaste vorm) voor de PPC's.

Gezien het belang dat aan motivatie gegeven moet worden volgens de onderzoeksliteratuur vraagt dit onderwerp veel aandacht van de PPC's terwijl dat momenteel nog niet hoog op de prioriteitenlijst van de PPC's lijkt te staan (zo bleek uit respons van deskundigen op de digitale vragenlijst). De PPC's zouden één of meerdere van de genoemde methoden kunnen onderzoeken. Een aspect dat door de PPC's wel wordt genoemd en wordt ondersteund door onderzoek is het inzetten van familie en het herstellen van het contact met familie. Uit onderzoek komt naar voren dat familie of andere belangrijke en pro-sociale personen in de omgeving van de patiënten kunnen helpen bij het motiveren van patiënten.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur over motivering:

- Geef motivering van patienten voor behandeling prioriteit. Gebruik enerzijds scholing van personeel (met bv. Motivational Interviewing) en anderzijds intervenies voor het veranderen van denkpatronen van delinquenten zelf. Doe inspiratie op bij bestaande interventies zoals het MORM-model, het conceptuele framework voor motivatie en het Ready Set Go Program.
- Ga samen met de GGZ na welke interventies al gebruikt worden voor motivering, welke buitenlandse interventies wellicht gebruikt kunnen worden, experimenteer en evalueer in hoeverre motiverende interventies leiden tot meer motivatie voor behandeling bij PPC-patienten.

Zorg en behandeling

Er is veel onderzoek gedaan naar behandeling van psychiatrische stoornissen, evenals naar behandeling gericht op gedragsverandering en het voorkomen van recidive. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de PPC-setting: psychiatrische patiënten die kortdurend behandeld worden in detentie. De beschikbare onderzoeksliteratuur is dus niet zonder meer toepasbaar voor de PPC's.

Bij de behandeling van psychiatrische stoornissen van patiënten in de PPC's gelden wettelijke eisen. Voor de behandeling van verschillende psychiatrische stoornissen zijn multidisciplinaire richtlijnen beschikbaar (zie www.effp.nl en nvvp.net). Momenteel ontwikkelen de PPC's zelf verder behandelprogramma's. Het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose biedt een toolkit aan waarin interventies worden vermeld die geschikt zijn voor patiënten met dubbele diagnose. Hoewel deze interventies niet speciaal zijn ontwikkeld voor delinquenten, lijken de meeste wel toepasbaar voor de PPC's. Zij overlappen voor een deel met interventies (zoals de leefstijltraining) die door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitiabelen zijn erkend (we komen hier straks op terug) en met interventies die uit de literatuur naar voren komen (zoals motiverende gespreksvoering).

Uit de literatuur komen behandelmethoden naar voren die voor delinquenten met psychiatrische stoornissen en voor delinquenten met dubbele diagnose effectief kunnen zijn. We noemen hier kort: medicatie, medicatie- en symptoommanagement, voorlichting over medicatie, het aanleren van praktische en sociale vaardigheden (met behulp van rollenspelen), groepstherapie, cognitieve gedragstherapie, terugval preventiemethoden, zelfhulpgroepen en case management. Ook adviseren onderzoekers om gesuperviseerde werkgroepen, peer-mentoren en peer-support groepen te gebruiken. Daarbij zou relatief veel steunende feedback moeten worden gegeven, omdat gedetineerden met een dubbele diagnose minder goed kunnen omgaan met stress en/of emotionele druk. Ook komen uit de literatuur inzichten naar voren over de meest effectieve volgorde van behandeling van verschillende stoornissen (waar moeten we mee beginnen?).

Uit onderzoek naar de behandeling van andere risicofactoren (andere (dan psychiatrische) factoren die gerelateerd zijn aan delictgedrag) komen drie hoofdelementen naar voren die belangrijk zijn in behandeling van delinquenten. Dit worden de ‘RNR-principes (Risk/Need/Responsivity)’ of ‘What works principes’ genoemd: het risicoprincipe (hoe hoger het risico, hoe intensiever de behandeling moet zijn), het behoefteprincipe (de behandeling moet zich richten op de veranderbare risicofactoren van de individuele patiënt) en het responsiviteitsprincipe (de behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de patiënt zoals IQ, motivatie, leerstijl, omstandigheden, groepsgeschiktheid e.d.). Gedetineerden moeten dus niet als homogene groep gezien worden maar er is maatwerk nodig.

In Nederland is door het ministerie van Veiligheid & Justitie een Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie ingesteld die inschat of gedragsinterventies voor delinquenten effectief kunnen zijn. Deze commissie gebruikt criteria die uit onderzoek naar voren komen over effectiviteit van interventies. De meeste interventies kunnen ook gevolgd worden door delinquenten met psychiatrische problematiek, tenzij sprake is van acute psychiatrie. Ook PPC-patiënten kunnen in principe dus deelnemen aan deze erkende interventies mits zij ook aan de overige selectiecriteria voldoen (zoals taalbeheersing en benodigde tijd (strafrestand) om interventie af te ronden). Daarnaast is het raadzaam om bij het ontwikkelen van nieuwe interventies rekening te houden met deze criteria, om een zo groot mogelijke kans op succes te bereiken. Ook kan gekeken worden naar innovatieve methoden die momenteel in ontwikkeling zijn, zoals games en kortdurende veelbelovende behandelingen voor alcoholverslaving die gericht zijn op neurocognitieve processen.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur over zorg en behandeling:

- Gebruik voor behandeling de multidisciplinaire richtlijnen voor behandelaars en de reeds beschikbare onderzoeksliteratuur en ontwikkel en evalueer waar nodig aangepaste richtlijnen voor de PPC-patienten.
- Ga na in hoeverre interventies die door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitiabelen erkend zijn gebruikt kunnen worden voor PPC-patienten. Hou bij het ontwikkelen van interventies rekening met de criteria van de Erkenningscommissie en leg ze voor ter beoordeling aan deze commissie,
- Gebruik bij de ontwikkeling van nieuwe interventies innovatieve methoden, zoals games en kortdurende veelbelovende behandelingen voor alcoholverslaving, die gericht zijn op neurocognitieve processen.

Continuïteit van zorg en behandeling

Veel onderzoeksliteratuur gaat over het belang van continuïteit van zorg en behandeling. Het gaat hierbij zowel om psychiatrische zorg, als om ondersteuning bij het vinden van onder andere woning en werk. Om dat te bereiken is goede afstemming nodig tussen de penitentiaire inrichtingen en extramurale (zorg)voorzieningen. Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat het van groot belang is dat de zorg en behandeling van delinquenten met dubbele diagnose worden gecontinueerd door een vervolginstelling, omdat dit de kans op effectieve behandeling vergroot. Deze literatuur ondersteunt daarmee duidelijk het belang dat de PPC's hechten aan het doel continuïteit van zorg en behandeling en het zo snel mogelijk doorplaatsen van patiënten naar een vervolginstelling binnen de GGZ.

Uit de literatuur komt echter ook naar voren dat het bereiken van deze continuïteit (ook in andere landen) moeizaam tot stand komt. Er zijn aspecten bekend die de continuïteit kunnen verbeteren en de samenwerking tussen organisaties kunnen vergroten. De nazorg begint eigenlijk met screening van patiënten bij binnenkomst en het maken van een ontslagplan dat is afgestemd op de problematiek en (zorg) behoefte. Motivering is daarbij essentieel voor behandeling en daarmee ook voor vervolgbehandeling. Voor het verbeteren van samenwerking tussen instellingen, waar de PPC's ook nadrukkelijk op zijn gericht, zijn verschillende modellen ontwikkeld, waaronder het Nederlandse nazorgmodel.

De genoemde methoden kunnen toegepast worden door de PPC's (zoals het gebruik van het ontslagplan en grondige voorbereiding en informatie-uitwisseling met vervolgvoorzieningen). Wellicht kan het huidige nazorgmodel aangevuld worden met onderdelen die meer specifiek gericht zijn op de continuïteit van zorg en behandeling. Omdat samenwerking altijd lokaal wordt ingevuld vraagt dit onderwerp om lokale inspanningen van de PPC's. Vaak doen zich problemen op juridisch gebied voor. De juridische mogelijkheden zijn beperkt zodat het niet mogelijk is om patiënten na het voltooiën van hun straf verplicht te laten behandelen, ook al is voor behandelaars evident dat dat wel nodig is.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur over continuïteit van zorg en behandeling:

- Geef prioriteit aan continuïteit van zorg en behandeling. Begin zo spoedig mogelijk na binnenkomst van een patient met een ontslagplan. De nazorg begint eigenlijk met screening van patiënten bij binnenkomst en het maken van een ontslagplan dat is afgestemd op de problematiek en (zorg)behoefte. Motivering is daarbij essentieel voor behandeling en daarmee ook voor vervolgbehandeling.
- Ontwikkel samenwerkingsmodellen en evalueer die (op kleine schaal). Er zijn aspecten bekend die de zorgcontinuïteit kunnen verbeteren en de samenwerking tussen organisaties kunnen vergroten. Voor het verbeteren van samenwerking tussen instellingen, zijn verschillende modellen ontwikkeld, waaronder het Nederlandse nazorgmodel die de PPC's kunnen gebruiken en doorontwikkelen. Zoek daarbij samenwerking met de reclasering, GGZ en nazorgorganisaties.

Lopend onderzoek

Uit het overzicht van lopend onderzoek in de forensische psychiatrie blijkt dat relatief veel onderzoek is gericht op diagnose en op behandeling. Veel minder aandacht krijgen de onderwerpen stabiliseren, motiveren en continuïteit van zorg en behandeling. Deze aandachtsverdeling is niet verwonderlijk omdat de TBS-klinieken die veel van het lopende onderzoek uitvoeren, ingericht zijn op langdurige behandeling, en de patiënten komen vaak binnen nadat zij in de reguliere PI al zijn gestabiliseerd. Voor de PPC's geldt dat echter dat met name de onderwerpen stabiliseren, motiveren en continuïteit van zorg en behandeling belangrijk zijn.

In tabel 2 worden de conclusies van het literatuuronderzoek samengevat. Alle veronderstellingen die de PPC's hebben voor de effectiviteit van hun aanpak worden daarbij alsnog weergegeven. Vervolgens wordt per veronderstelling aangegeven in hoeverre deze wordt onderbouwd door de onderzoeksliteratuur danwel waar risico's of aandachtspunten liggen. Het is bedoeld om snel een overzicht te krijgen van de belangrijkste conclusies. Voor nuances wordt terugverwezen naar het rapport van de literatuurstudie (dat u kunt downloaden op www.mpct.eu).

Tabel 2. Samenvattend overzicht van veronderstelde werkzame mechanismen en onderbouwing uit de onderzoeksliteratuur.

✓ = wordt ondersteund door onderzoeksliteratuur | ? = geen onderzoek over gevonden | ! = aandachtspunt | » = toelichting op aandachtspunt.

Doel	Aanpak	Veronderstelde werkzame mechanismen
1: Bieden van zorg	Stabiliseren	<ul style="list-style-type: none"> ! Als crisismangement en psychiatrische en gedragsgerichte interventies geboden worden in een veilige en beveiligde omgeving kunnen patiënten gestabiliseerd worden. » er zijn verschillende beveiligingsniveaus nodig, bij voorkeur zo min mogelijk dwangsituaties. ! Als de PPC's een zorggericht en therapeutisch detentieklimaat hebben, kunnen patiënten beter gestabiliseerd worden. » behandeling is doorgaans effectiever in een omgeving met therapeutisch klimaat, dus belangrijk patiënten om zo snel mogelijk over te plaatsen naar GGZ. ? Als de patiënt afstand krijgt van zijn stressvolle levensomstandigheden, ontstaat eerder stabilisatie van acute psychiatrische beelden, vermindert het gevaar voor de patiënt zelf en de omgeving, en ontstaan groeiomstandigheden, waardoor behandeling eerder kan starten.
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Als PPC-patiënten snel en accuraat worden gediagnosticeerd, met gevalideerde instrumenten en methoden, kan sneller passende en effectieve behandeling worden gestart. ! Er moet niet alleen diagnose gesteld worden van psychiatrische problematiek maar ook een inschatting gemaakt worden van andere criminogene risicofactoren en beschermende factoren. ! Voor het inschatten van criminogene risicofactoren in te schatten zijn gestructureerde en gevalideerde instrumenten meer betrouwbaar dan het gemiddelde ongestructureerde professionele oordeel. ! De instrumenten moeten gevalideerd worden voor de PPC-patiënten (ook culturele achtergrond en IQ). ✓ Als de diagnostiek multidisciplinair plaatsvindt door geschoolde professionals, dan zal de diagnose beter zijn.
	Motiveren	<ul style="list-style-type: none"> ! Als patiënten psycho-educatie, face-to-face gesprekken met hulpverleners, dagactiviteiten en basisvaardigheden krijgen dan zullen zij meer gemotiveerd raken voor behandeling. » voor het vergroten van motivatie is meer nodig: motiverende gesprekstechnieken van personeel en gerichte trainingen voor patiënten waar motivatie (treatment readiness en engagement) centraal staat. Zonder motivatie is succesvolle behandeling een illusie. ✓ Als patiënten gemotiveerd zijn ('ready to change'), zullen zij eerder starten met behandeling. ! Als patiënten worden aangesproken op hun eigen kracht en verantwoordelijkheid, zal hun motivatie om aan zichzelf te werken toenemen. » Ja, mits patiënten werkelijk gemotiveerd zijn en in staat zijn. ! Als aandacht wordt besteed aan het herstellen en contact leggen met het familie-netwerk, dan zal de motivatie voor behandeling toenemen. » Ja, mits familie een pro-sociale, ondersteunende en motiverende rol kan spelen. ✓ Als een systeembenadering wordt gehanteerd bij ernstige complexe patiënten, dan zal de kans op gedragsverandering vergroten.
2: Verminderen van risicofactoren	Zorg en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> ? Als behandeling snel start, kan dat extra psychische en lichamelijke schade voorkomen. ! Als behandeling start, kunnen criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden. » Ja, mits behandeling is gericht op die factoren en er voldoende tijd is. ? Als criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, dan kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst naar de GGZ. » Doorgaans is het niet nodig om alle factoren eerst te verbeteren, wel aspecten als agressief gedrag. ? Omdat er een zeer kleine groep langverblijvende patiënten in de PPC's is is het efficiënter om specifieke behandelmodules extern in te huren. ✓ Als psychische stoornissen verminderd worden, zal het risico op recidive verminderen. ! Als andere criminogene factoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, zal het risico op recidive verminderen. » Alleen de psychiatrische behandeling (inclusief verslavingsproblematiek) zal onvoldoende zijn om recidive te voorkomen als er ook andere criminogene factoren zijn, zoals gebrekkige cognitieve vaardigheden, anti-sociale attitude e.d. ? Als behandeling sneller wordt gestart, zal de motivatie voor vervolgbehandeling vergroten. ✓ Als er geschoolde professionals zijn kan kwalitatief goede zorg geboden worden. ✓ Als er vertrouwen wordt gecreëerd tussen disciplines zal de organisatie beter functioneren en behandeling beter zijn.
	Continuïteit van zorg en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Als er goed contact is tussen PPC's en ketenorganisaties, zal de informatieverstrekking over patiënten beter zijn. ✓ Als PPC's goed contact hebben met ketenorganisaties kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst. ✓ Familie kan ondersteunen in het bereiken van continuïteit van zorg en behandeling. ✓ Als patiënten worden doorgeplaatst naar de GGZ, dan kan betere en effectievere zorg en behandeling worden geboden, doordat de GGZ over meer specifieke behandelmethoden beschikt en doordat de patiënten in de vrijere setting beter kunnen oefenen met nieuw gedrag. ! Als continuïteit van zorg en behandeling geboden wordt zal het risico op recidive verminderen. » ook andere criminogene factoren moeten verminderd worden.

5. Aanbevelingen voor het onderzoekprogramma PPC's

De Ronde Tafel acht wetenschappelijk onderzoek zeer belangrijk voor de PPC's. Door middel van het verzamelen van informatie over patiënten, de behandeling en de resultaten kan steeds meer kennis worden verkregen over effectieve methoden voor deze doelgroep, zodat de resultaten van de PPC's verder verbeterd kunnen worden, de patiënten gezonder worden en de samenleving veiliger.

Dit gezegd hebbend adviseert de Ronde Tafel om klein te beginnen. Voorkomen moet worden dat er routinematig een grote hoeveelheid gegevens wordt verzameld, maar waarbij uiteindelijk waarschijnlijk veel gegevens toch niet zullen worden geregistreerd omdat het te veel tijd kost, en alle moeite uiteindelijk onvoldoende kennis zal opleveren. Uit ervaring (o.a. in de GGZ) blijkt dat dit risico groot is. Daarom wordt geadviseerd gericht en systematisch een beperkt aantal essentiële gegevens te verzamelen in een landelijke database. Voor dataverzameling moet een budget beschikbaar gesteld worden en het verdient aanbeveling om registratie te stimuleren met een beloningssysteem. Daarnaast kan steekproefsgewijs, tijdelijk, quasi-experimenteel en innovatief onderzoek gedaan worden onder subgroepen patiënten in één of meer PPC's. Zo kan voor verschillende doelgroepen een individueel klein onderzoek gedaan worden naar diagnose, behandeling en resultaten. Ook is het raadzaam om een aantal casestudies te doen, waarbij nagegaan wordt hoe het patiënten vergaat, ook na de PPC, en hoe de samenwerking met de ketenpartners daarbij verloopt.

Het onderzoek dat gedaan kan worden is enerzijds observationeel onderzoek (studies naar de kenmerken van patiënten, de behandeling, behandelomgeving en knelpunten) en daarnaast kan een aantal kleine individuele onderzoeken gedaan worden. Al het onderzoek zou in principe moeten leiden tot veranderingen. Het onderzoek moet immers niet gedaan worden om wille van het onderzoek, maar voor steeds verdere verbetering van de zorg en behandeling van de patiënten. De PPC's moeten ambitieus zijn in de zin dat zij hun werk op topkwaliteit willen uitvoeren, maar ook dat zij een voorbeeldrol willen vervullen temidden van hun ketenpartners. Bij het doen van onderzoek moet echter juist vooral klein en gericht begonnen worden. Beter een paar kleine maar methodologisch goede onderzoeken dan een berg met gegevens.

De volgende overkoepelende onderzoeksvragen worden belangrijk geacht, in volgorde van prioriteit:

1. Wie zijn de PPC- patiënten?
2. Wat gebeurt er in de PPC's?
3. Wat gebeurt er na de PPC's? (in de overdracht en nazorg voor patiënten)
4. Gaat het beter met de PPC-patiënten?
5. Hoe komt dat? (Wat zijn werkzame mechanismen?)

Hieronder wordt dit toegelicht.

1. Wie zijn de PPC- patiënten?

De eerste vraag is: wie zijn de patiënten? Welke kenmerken hebben zij (psychiatrische problematiek, medische problematiek, criminogene tekorten, beschermende factoren, interacties e.d.)? Is onderscheid te maken in verschillende doelgroepen (bijvoorbeeld wat betreft delict, IQ, stoornis, sekse, culturele achtergrond?). Hoeveel patiënten stromen in en uit? Wat is de verblijfsduur en behandelduur?

Wanneer mogelijk zou ook inzicht in het verleden van de patiënten verkregen moeten worden: wat is hun geschiedenis, op het gebied van zorg en criminaliteit? En: komen de juiste gedetineerden in de PPC's terecht? Hoe verloopt het selectieproces? Het risico bestaat dat gedetineerden met psychische stoornissen die geen overlast veroorzaken in reguliere PI's (bijvoorbeeld depressieve gedetineerden) over het hoofd worden gezien en onvoldoende zorg ontvangen. Om dit te onderzoeken is echter ook onderzoek in de reguliere PI's nodig. De Ronde Tafel acht dit op wat langere termijn interessant.

2. Wat gebeurt er in de PPC's?

Een andere vraag met prioriteit is: wat gebeurt er in de PPC's? Welke methoden worden gebruikt, op het gebied van stabilisering, diagnostiek, motivering, zorg en behandeling en continuïteit van zorg en behandeling? In hoeverre wordt gebruik gemaakt van multidisciplinaire richtlijnen en recente inzichten uit de onderzoeksliteratuur?

Omdat uit onderzoek blijkt dat methoden voor motivering van patiënten essentieel zijn en hier relatief nog weinig aandacht aan lijkt te zijn besteed, wordt geadviseerd om prioriteit te geven aan kleine individuele onderzoeken naar het gebruik van methoden voor motivering. Daarnaast heeft het gebruik van gemeenschappelijke en gestructureerde risicotaxatie-instrumenten prioriteit, en validering van de instrumenten voor de PPC-doelgroep, alsmede het ontwikkelen van samenwerkingsverbanden (in experimentvorm) met ketenpartners. Bij het kiezen voor risicotaxatie-instrumenten moet de uitvoerbaarheid sterk meegewogen worden. Het zal niet bij alle patiënten nodig en/of haalbaar zijn om een volledig risicotaxatie-instrument te gebruiken. Wel kunnen risicofactoren geïntegreerd worden in de gehele aanpak: van diagnose tot behandelplan en het meten van vooruitgang; in al deze onderdelen kunnen risicofactoren worden opgenomen zodat al het personeel gaat denken in termen van risicofactoren.

Andere interessante vragen zijn -in een later stadium-: in hoeverre wordt voldaan aan randvoorwaarden zoals opleiding van personeel, formatie, gebouwelijke voorzieningen? En: lukt het personeel om goed om te kunnen gaan met de agressie en hectiek in de dagelijkse werkomgeving?

3. Wat gebeurt er na de PPC's? (in de overdracht en nazorg voor patiënten)

Hieronder valt onderzoek dat is gericht op de volgende vragen: waar komt de patiënt terecht na ontslag uit de PPC? En met hoeveel vertraging? Komt de patiënt op de juiste plek terecht? Welke behandelmethoden worden in de vervolgschikking gebruikt en sluiten die aan op de aanpak in de PPC's? In hoeverre wordt het streven naar "GGZ-tenzij" bereikt? Wat is de rol van de PPC in de keten?

Gezien het belang dat uit onderzoek blijkt naar continuïteit van zorg en behandeling, en de problemen die zich daar zeer vaak bij voordoen, wordt geadviseerd één of meerdere onderzoeken uit te voeren waarbij gestreefd wordt naar intercollegiale samenwerking met ketenpartners (bijvoorbeeld door het bespreken van elkaars patiënten, zodat de patiënten bekend raken in de keten en behandelaars elkaar leren kennen) en een gemeenschappelijke taal ontwikkeld (bijvoorbeeld door gebruik van dezelfde methoden voor risicotaxatie).

Ook verdient het aanbeveling om verder uit te werken hoe (tijdelijke) door- en terugplaatsing bevorderd kan worden, bijvoorbeeld na een agressief incident. Hiertoe zou de PPC samen met het ministerie van Veiligheid & Justitie, DJI, het OM, de GGZ en de politie een regionale pilot kunnen doen. Het verdient aanbeveling om te bespreken of juridische mogelijkheden vergroot kunnen worden (bv. voor tijdelijke opname van een agressieve patiënt zonder juridische titel in een PPC), waarbij ook aandacht nodig is voor het denkkader van professionals omdat er soms meer mogelijk is dan men denkt.

4. Gaat het beter met PPC-patiënten?

Gaat het beter met patiënten als zij de PPC verlaten? Komen zij 'op hun plek' terecht (in de GGZ)? Hebben zij de benodigde zorg gekregen? Is hun (psychische) gezondheid verbeterd? Zijn hun risicofactoren voor crimineel gedrag verminderd? Zoals vermeld verschilt de problematiek van de patiënten en de beschikbare tijd in de PPC's aanzienlijk zodat ook de doelen en uitkomstmaten verschillen tussen verschillende soorten patiëntengroepen. Wat wel kan worden vastgesteld is de vermindering van risicofactoren (zoals stabilisering van psychiatrische stoornissen, meer motivatie, overdracht naar een vervolghandelaar, huisvesting, inkomen e.d.). Risicofactoren kunnen gemeten worden met gestructureerde instrumenten, waarbij het de voorkeur heeft dat landelijk dezelfde instrumenten worden gebruikt, die liefst ook zijn afgestemd met de (forensische) GGZ. De vooruitgang van de patiënt moet gemeten worden tijdens het verblijf in de PPC maar in ieder geval op het

moment dat hij of zij de PPC verlaat. Daarbij komt dan ook de vraag aan de orde of er verschillen zijn tussen subgroepen. Wellicht is het bij sommige groepen erg moeilijk om de motivatie te vergroten? En hoe komt dat dan? En wat vinden patiënt zelf?

Ook na de PPC zijn metingen interessant: hoe vergaat het de patiënt na de PPC? Doordat er echter veel verschillende vervolgschikkingen mogelijk zijn is er geen causaal verband aan te tonen tussen het effect van de PPC-aanpak en de problematiek van de patiënt en/of zijn recidive op langere termijn. Wel kan het succes van de doorverwijzing gemeten worden.

5. Hoe komt dat? (Werkzame mechanismen)

Dit onderdeel betreft onderzoek naar de werkzame mechanismen van een effectieve aanpak. Als bekend is wat er in de PPC en daarna gebeurt en dat de patiënten gezonder worden, kan nagegaan worden hoe dat komt, wat effectieve elementen waren. Daarbij kan dan (per subgroep) steeds dieper ingegaan worden op wat beter of minder goed werkt voor verschillende patiënten. Ook kan de vraag onderzocht worden of bepaalde patiënten (door bijvoorbeeld problematiek of gebrek aan motivatie) wel geschikt zijn voor doorplaatsing naar de GGZ. Er kunnen verschillende (kleine) individuele onderzoeken gedaan worden, door op grond van een theoretisch kader een model en methode te ontwikkelen of gebruiken en dit systematisch te evalueren. Zoals aangegeven vindt de Ronde Tafel echter dat eerst basisinformatie moet worden verzameld (wat gebeurt er in de PPC?). Dit is altijd de eerste stap in wetenschappelijk onderzoek voordat overgegaan wordt naar de verdiepvragen.

Het verrichten van Routine Outcome Metingen (ROM), zoals voorgesteld in dit hoofdstuk, is noodzakelijk voor de verantwoording door de overheid over de besteding van schaarse financiële middelen, en voor het verkrijgen van inzicht in de aard van de problematiek en risicofactoren bij de PPC populatie, het verloop van de behandeling en het vervolgschikking. ROM biedt echter geen inzicht in de werkzame mechanismen van de gekozen aanpak en is geen vervanging voor wetenschappelijk onderzoek dat vooruitgang mogelijk maakt. Juist over de groep patiënten met ernstige, onbehandelde of niet adequaat behandelde, psychiatrische aandoeningen, die met justitie in aanraking zijn gekomen, is weinig gedegen wetenschappelijk bewijs voor wat werkt. Vaak wordt iedere patiënt-gedetineerde op zichzelf beschouwd. Het is dringend nodig om systematische klinische trials uit te voeren om voor een bepaalde categorie patiënten (bijvoorbeeld patiënten met een paranoïde psychose met of zonder middelenmisbruik) uit te zoeken welke aanpak echt werkt. Ook voor de groep vrouwen in de PPC is weinig tot niets bekend over welke aanpak werkt. Geadviseerd wordt dan ook om in samenwerking met universitaire onderzoeksgroepen klinische trials starten naar de effectiviteit van behandelmethoden. Ook in ziekenhuizen waar medische behandeling plaatsvindt van lichamelijke ziekten, wordt doorlopend onderzoek in de vorm van klinische trials, verricht.

Bijlagen

Bijlage 1:

De Ronde Tafel

Wetenschap:

Prof.dr. Ko Hummelen	Hoogleraar forensische psychiatrie, Universiteit Groningen
Prof.dr. Pauline Meurs	Hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
Prof.dr. Corine de Rooter	Hoogleraar Forensische Psychologie, Universiteit Maastricht
Prof.dr. Guus Schrijvers	Hoogleraar Public Health, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht
Prof.dr. Guy Widdershoven	Hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek en hoofd van de afdeling Metamedica van VUmc

GGZ:

Prof.dr. Michiel Hengeveld	Emeritus hoogleraar psychiatrie en oud-afdelingshoofd, afdeling Psychiatrie Erasmus MC Rotterdam
Dr. Chris van der Meer	Psychiater en voormalig directeur Zorg, Palier, Den Haag
Dr. Henk Millius	Psychiater, Inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Gevangeniswezen:

Dr. Co Bleeker	Psychiater, PPC Amsterdam
Dr. Erik Masthoff	Directeur Zorg & Behandeling, PPC Vught
Drs. Pierre Stalman	Directeur, PPC Amsterdam

Voorzitter:

Dhr. Jaap Hillmann	Organisatie-adviseur, Hillmann Beleids- en organisatie-adviezen BV
--------------------	--

Opdrachtgever:

Dhr. Jacco Groeneveld	Directeur sector Gevangeniswezen DJI, portefeuille-directeur zorg
Mw. Anita Johannisse	Projectleider PPC en coördinerend adviseur gezondheidszorg, DJI, sector Gevangeniswezen

Ondersteuning:

Drs. G. Corbijn	Organisatie-adviseur
Drs. G. van Gemert	Directeur Forensische Zorg DJI
Dr. A. van den Hurk	Adviseur wetenschappelijk onderzoek DJI
Mw. A. Onstenk	Journalist, verslaglegging reader Ronde Tafel
Drs. J. Plaisier	Onderzoeker, Impact R&D
Dr. J. Wesselius	Directeur Zorg en Behandeling PPC Amsterdam
Dr. J.C. Zwemstra	Adjunct directeur NIFP Amsterdam

Bijlage 2:

Overzicht van lopend (en recent afgerond) onderzoek

Om na te gaan welk onderzoek loopt (d.d. mei 2012) zijn databases geraadpleegd van het WODC en EFP en is navraag gedaan bij DJI, het NIFP en de wetenschappers uit de Ronde Tafel. De databases bleken niet altijd up-to-date informatie te bevatten. De informatie betreft dan ook lopend onderzoek en waarschijnlijk ook een deel recent afgerond onderzoek. Een groot deel van de gegevens is afkomstig uit de database van het EFP; voorzien is dat deze database (www.efp.nl) in de zomer van 2012 wordt bijgewerkt.

De onderzoeken zijn ingedeeld onder de hoofdtaken van de PPC's: stabiliseren, diagnostiek, motiveren, behandelen en continuïteit van zorg. Eerst wordt de titel van het onderzoek vermeld, daarna de uitvoerende instantie. Een overzicht met meer informatie (o.a. doel, samenvatting, methode) is apart verkrijgbaar (www.mpct.eu).

Stabiliseren

- Effect van een triptaan bij de behandeling van vijandigheid en agressie bij terbeschikkinggestelden. FPC De Kijvelanden.
- Implicaties van de nieuwe behandelwet op dwangmedicatie in het gevangeniswezen (werktitel). PPC Amsterdam.
- Screening metabool syndroom bij antipsychotische medicatie en stemmingsstabilatoren. FPA Reinier van Arkel Groep.

Diagnostiek

Algemeen

- RACE-studie (Risk Assessment and Care Evaluation). Rob Giel Onderzoekscentrum.
- De toegevoegde waarde van laboratoriumtaken en systematische monitoring in het meten van 'impulsiviteit' voor risicotaxatie en behandelbeoordeling. FPC Van der Hoevenkliniek.

Diagnostiek

- Onderzoek naar determinanten van suïcides in detentie. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen in het forensische veld. NIFP Pieter Baan Centrum.
- Gestandaardiseerde psychodiagnostiek in NIFP, locatie Pieter Baan Centrum. NIFP Pieter Baan Centrum.
- Diagnosis of antisocial personality disorder and criminal responsibility. Instelling onbekend.
- Methoden en technieken in het wetenschappelijk forensisch psychiatrisch onderzoek. FPC Van Mesdag kliniek.

- Multicenter Routine Outcome Monitoring (ROM) voor TBS-gestelden met verstandelijke beperkingen. St. Trajectum.
- Onderzoek naar de relatie tussen ziekte-inzicht en psychotische symptomatologie. FPC De Kijvelanden.
- Affective startle modulation in personality disordered offenders. Erasmus Medisch Centrum.
- Co-morbiditeit van psychoses en psychopathie. GGZ Drenthe.

Risicotaxatie en recidive

- Risicotaxatie in de rapportagesetting voor jeugdigen (werktitel). Instelling onbekend.
- Haalbaarheidsonderzoek recidive per JJI en FPC. WODC.
- Van losse diagnoses naar een geïntegreerde aanpak: de externaliserende factor als innovatieve basis voor behandeling van delict- en probleemgedrag in forensische steekproeven. FPC De Kijvelanden.
- Risicotaxatie, validering en nut in behandeling. Instelling onbekend.
- Risicotaxatie bij vrouwen. FPC Van der Hoevenkliniek.
- Risicomangement en beschermende factoren bij TBS-patiënten. WODC.
- Koppelstudie risicotaxatie en recidive TBS-gestelden. WODC.
- FES Hersenen & Cognitie: QR antisociaal gedrag meten en begeleiden. WODC.
- Deltaplan recidiveonderzoek. WODC.
- Beschermende factoren bij TBS patiënten. WODC.
- Risicotaxatie bij forensische poliklinische cliënten binnen GGZ-NHN. GGZ-NHN, Divisie Forensische Psychiatrie, Heiloo.
- Contextuele factoren en recidive: De functie van kwaliteit van leven in het voorkomen van recidive door forensisch psychiatrische cliënten. Pompestichting.
- Forensisch Sociaal Netwerk Analyse. FPC Van Mesdag kliniek.
- De relatie tussen psychotische kenmerken, persoonlijkheidskenmerken en antisociaal gedrag onder psychotici. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Het beloop van psychische klachten onder gedetineerden, factoren die hiermee samenhangen en de relatie tot recidivecijfers binnen PI Amsterdam Over-Amstel. PPC Amsterdam.
- Agressie en psychiatrische stoornis. PPC Amsterdam.
- Prevalentie van slaapstoornissen bij forensisch psychiatrische patiënten en de correlatie met reactieve agressie. GGZ Drenthe.
- Kwaliteit van de ambulante rapportage pro Justitia volwassenen. Instelling onbekend.
- Dimensies van impulsiviteit en agressie gerelateerd aan (persoonlijkheids)psychopathologie. FPC De Rooyse Wissel.

Instrumentontwikkeling en validering

- RAP onderzoek. Instelling onbekend.
- Validering gereviseerde versie van risicotaxatie instrument HKT-30. FPC Van Mesdag kliniek.
- Dynamic risk assessment and treatment evaluation in forensic psychiatric patients: A study on the Dutch Risk assessment Device HKT-30. Universiteit van Tilburg.
- Retrospectief onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de START (Short Term Assessment of Risk en Treatability) en de nieuwe versie van de HKT. GGZ Drenthe.
- De psychometrische eigenschappen en predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de START. GGZ Drenthe.
- The use of the PCL-R in offenders with intellectual disability, a comparative study. St. Trajectum – Hoeve Boschoord.
- De ontwikkeling van een instrument voor het evalueren van bewegingsagogie. FPC De Kijvelanden.
- Psychometric properties and utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in real life forensic psychiatric assessments in the Netherlands. Instelling onbekend.
- Ontwerpen en implementeren van een monitor voor Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI). WODC.
- Ontwikkeling en validering van de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS). Instelling onbekend.
- De Ontwikkeling van een instrument voor het meten van reactief en proactief agressief gedrag. FPC De Kijvelanden.
- Validering van de Kijvelanden Agressie Lijst op de polikliniek. FPC De Kijvelanden.
- Beschermende factoren in risicotaxatie. Validering van de SAPROF. FPC Van der Hoevenkliniek.
- De correlatie tussen impulsiviteitsmaten, agressief gedrag en therapeutische uitkomst. Instelling onbekend.
- Comorbiditeit tussen antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving. FPC De Kijvelanden.
- Belang van risicotaxatie volgens het multidisciplinair gestructureerd klinisch oordeel. FPC Van der Hoevenkliniek.
- Gedragsverandering van forensische psychiatrische patiënten, herhaalde metingen met de FP40. FPC De Oostvaarderskliniek.
- Risicotaxatie in een persoonsgerichte benadering. Het meten van maatschappelijk aanpassingsvermogen bij gedetineerde psychiatrische patiënten. P.I. Haaglanden.
- Doorontwikkeling en klinische implementatie van neurocognitieve testbatterij (ForMinds). FPC De Pompestichting.

Motiveren

- Ontwikkeling en evaluatie van een motivatie module. FPC De Kijvelanden.

Zorg en behandeling

Algemeen

- Gevolgen Wetsvoorstel Forensische Zorg. WODC – DSP-groep.
- Onderzoek naar de bedoelde en onbedoelde gevolgen van vrijheidsbeneming. NSCR.
- Zorg voor gedetineerden met een psychische stoornis. RSJ.
- Human enhancement (neurowetenschap in de strafrechttoepassing). RSJ.
- Bejegening van patiënten door ZBIWers, de bijdrage aan gedragsverandering van patiënten door ZBIWers. PPC Amsterdam.
- Behandelmilieu, agressie en psychopathie. Pompestichting.
- Ontwikkeling en evaluatie van een training voor sociotherapeuten. FPC De Kijvelanden.
- Het agressief-delinquent fenotype: de invloed van impulsiviteit, empathie, paranoia en gen-omgevings interacties. Stichting Jeugdzorg Sint Joseph – Universiteit Maastricht.
- Forensische aspecten van error-monitoring. Instelling onbekend.
- De relatie tussen psychiatrisch ziektebeeld en agressief gedrag van patiënten in de FOBA. PPC Amsterdam.

Kwaliteit van leven

- Patiënttevredenheidsonderzoek. PPC Overmaze.
- Zorg in PPC's. PI/PPC Vught.
- Kwaliteit van leven bij patiënten in cluster langdurig forensische zorg. Pompestichting.

Evaluatie van interventies

- Sociaal emotioneel gedrag van mannelijke psychopaten na dubbel-blind placebo gecontroleerd intranasale toediening van Oxytocine. NIFP Pieter Baan Centrum.
- Effectiviteitsonderzoek Schema Focused Therapy. Universiteit Maastricht.
- Effectiviteit van Schema focused Therapy voor forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Universiteit Maastricht.
- Effectiviteit van schemagerichte therapie bij forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Rooyse Wissel.
- De behandeling van geïnterneerden in forensisch psychiatrische contexten. Een exploratief multimethod onderzoek naar behandelingsmodellen en voorwaarden ter implementatie in een forensisch psychiatrisch centrum, met aandacht voor specifieke doelgroepen. Hogeschool Gent.
- Effectiviteit van intramurale en semimurale behandeling en ACT van forensisch psychiatrische patiënten in de FPK en de AFPN te Assen (Behandeleffecten FPK, AFPN, For-ACT). GGZ Drenthe.
- Evaluatie van bewegingsagogie als onderdeel van het behandelprogramma voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Kijvelanden.
- Evaluatie van psychomotore therapie als onderdeel van het behandelprogramma voor terbeschikkinggestelden met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Kijvelanden.
- Meta-analyse Nederlandse effectstudies. WODC.

- Onderzoek naar de effectiviteit van de gedragsinterventie CoVa. WODC, DSP-groep.
- Het effect van muziektherapie op interventies bij diagnose en gedragsverandering van coping vaardigheden en sociale vaardigheden bij nieuw opgenomen forensisch psychiatrische patiënten (gerandomiseerd prospectief klinisch evaluatief onderzoek). FPC De Oostvaarderskliniek.
- Effect van behandeling in de sector Intensieve en Forensische Psychiatrie AMC de Meren. KIB de Meren.
- Effectiviteit van intramurale behandeling bij de FPK Assen. GGZ Drenthe.
- Behandel-effectmeting bij de 3 Klinieken Intensieve Behandeling. GGZ Eindhoven.
- De Borg Effectevaluatieonderzoek. St. Trajectum & De Borg.
- Effectiviteit van het Forensisch Assertive Community Treatment (ForACT) Team te Assen. GGZ Drenthe.

Patronen en voorspellers van behandelrespons

- Patronen en voorspellers in de behandelrespons van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Rooyse Wissel.
- Neuropsychologische factoren en de Cognitieve Vaardigheden (CoVa) training bij gedetineerden. WODC.
- Gedragsverandering tijdens de behandeling. FPC De Rooyse Wissel.
- Gehechtheid en antisociale relatievorming. FPC De Rooyse Wissel.
- Affectieve schrik modulatie bij terbeschikkinggestelden met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Kijvelanden.
- Het verloop van de behandeling van patiënten met psychotische problematiek. FPC De Kijvelanden.
- Psychopathy: patterns and predictors of change during long-term forensic psychiatric treatment. Universiteit Maastricht.

Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte gedetineerden.

- Executief disfunctioneren, impulsieve agressie en de invloed van IQ bij forensisch psychiatrische patiënten in PPC Den Haag. P.I. Haaglanden.
- Evaluatie behandeling zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte daders en SGLVG'ers in de SGLVG behandelcentra van de Borg. Hoeve Boschoord.

Beweging, sport, en voeding

- Onderzoek naar consumptie en voedingstoestand gedetineerden. PPC Amsterdam.
- De associaties tussen vetzuurspiegels, micronutriënten en zware metalen en gewelddadig gedrag bij forensisch psychiatrische patiënten. Altrecht – WODC.
- Onderzoek naar de relatie tussen (in)activiteit en agressie/ontremming. VU Amsterdam.

Continuïteit van zorg en behandeling

- Ketenpartner Onderzoek. PPC Overmaze.
- Een Art.37 WvSr, één jaar opname...en dan? Een kwalitatief onderzoek naar de mate van bereidwilligheid tot het volgen van nazorg bij forensische patiënten op een FPA. GGZ-VS – Palier.
- Resocialisatie begint al bij opname. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Monitor Nazorg 2010 3e meting. WODC.
- Gegevens uitwisseling door toezichhouders. WODC – Universiteit van Amsterdam.
- Evaluatie pilot zorginkoop DforZo. WODC – DSP-groep.
- Open en gekoppelde overheidsdata. TU.
- Forensisch Psychiatrisch Casusregister (FPCR). Rob Giel Onderzoekscentrum.

Bijlage 3:

Aanvullende documenten

- Rapport van literatuurstudie: “Psychiatrische zorg in detentie: een literatuuroverzicht”. Plaisier, J., Wiersema, D.V., Mol, M. & Giessen, M. van der (2012). Amsterdam: Impact R&D. Verkrijgbaar via www.mpct.eu.
- Samenvattingen van voor de literatuurstudie gebruikte publicaties. Verkrijgbaar via www.mpct.eu.
- Overzicht van lopend onderzoek dat relevant kan zijn voor de PPC's. Verkrijgbaar via www.mpct.eu.

Colofon

Dit is een uitgave van de
Dienst Justitiële Inrichtingen
Sectordirectie Gevangeniswezen
Postbus 30132
2500 GC Den Haag
www.dji.nl

Deze uitgave is zuiver informatief.
Er kunnen geen rechten aan ontleend worden. DJI aanvaardt geen
aansprakelijkheid voor eventuele fouten in deze uitgave.
De personen op de foto's zijn modellen of medewerkers van DJI.



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

PPC | Penitentiair Psychiatrische Centra

> **Bijlage 2: Psychiatrische zorg in detentie**

Een literatuuroverzicht



Bijlage 2: Psychiatrische zorg in detentie

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	8
Algemene inleiding en leeswijzer	8
Deel 1 Doelen en werkzame mechanismen van de PPC's	8
1. Doelen en werkzame mechanismen	8
Deel 2 Literatuuronderzoek	8
1. Inleiding	8
2. Stabiliseren	8
3. Diagnostiek	8
4. Motiveren	8
5. Zorg en behandeling	8
6. Continuïteit van zorg en behandeling	8
Deel 3 Conclusies	8
1. Conclusies	8
Literatuurlijst	8
Bijlagen	8
1. Methode	8
2. Doelen en taken van de PPC's	8
3. Bestudeerde documenten	8
4. Betrokken deskundigen	8
5. Overzicht van lopend (of recent afgerond) onderzoek	8
6. Gebruikte zoekmachines en zoektermen	8

Algemene inleiding en leeswijzer

Sinds 2009 beschikt de Dienst Justitiële Inrichtingen over vijf Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's). In deze PPC's wordt psychiatrische zorg verleend aan gedetineerden die daarvoor zijn geïndiceerd en die niet voldoende behandeld kunnen worden binnen de reguliere zorg van penitentiaire inrichtingen (PI's). Om de kwaliteit van behandeling in de PPC's te volgen en verder te verbeteren zal onderzoek gedaan worden, door en voor de PPC's. Ter voorbereiding daarop is een globale literatuurstudie uitgevoerd, om een overzicht te krijgen van de kennis die al beschikbaar is en de onderwerpen waar nog minder over bekend is. De resultaten van deze literatuurstudie worden in het voorliggende rapport beschreven.

De literatuuroverzicht is beperkt tot hoofdlijnen. Het overzicht is bedoeld als handreiking voor medewerkers die te maken hebben met mensen met ernstige psychiatrische stoornissen die in een gevangenis opgenomen zijn (geweest): medewerkers in de PPC's, reguliere PI's en GGZ-instellingen. Over sommige onderwerpen is zeer veel literatuur beschikbaar. Het is niet mogelijk om alle literatuur op dit gebied gedetailleerd in een beknopt rapport samen te vatten, dat zou ook het onderzoek geen recht doen. Daarom is prioriteit gegeven aan het bestuderen van overzichtstudies zoals meta-analyses en reviews. Er is voor gekozen om het rapport te richten op een globale beschrijving van de kernpunten uit de onderzoeksliteratuur zodat medewerkers van de PPC's snel een overzicht kunnen krijgen. Als zij meer specifieke informatie wensen kunnen zij zelf doorzoeken naar de artikelen of websites waar naar verwezen wordt. Een overzicht met samenvattingen van alle bestudeerde literatuur is opgenomen in een apart document (down te loaden vanaf www.mpct.eu). De inzichten uit de literatuur kunnen wellicht aanleiding geven voor de PPC's om artikelen verder te bestuderen, nader onderzoek uit te voeren of bestaande methoden verder te ontwikkelen.

De literatuurstudie dient tevens als ondersteuning bij het opstellen van het meerjaren onderzoeksprogramma van de PPC's. Er kan gekozen worden voor juist de onderwerpen waar relatief weinig onderzoek naar is gedaan, of voor onderwerpen waar in het buitenland veel over bekend is, maar die in Nederland misschien anders werken. Het onderzoeksprogramma is opgenomen in een apart document (verkrijgbaar via www.mpct.eu).

De PPC-patiënten zijn gedetineerden met uiteenlopende problematiek. Ten eerste hebben zij verschillende psychiatrische stoornissen (as I: klinische stoornissen, zoals angststoornissen of psychotische stoornissen; en as II, persoonlijkheidsstoornissen, zoals antisociale persoonlijkheidsstoornis of narcistische persoonlijkheidsstoornis). Ten tweede hebben PPC-patiënten vaak verslavingsproblematiek, en vaak ook een combinatie van verslaving en psychiatrische stoornissen, wat 'dubbele diagnose' genoemd wordt. Voor de leesbaarheid gebruiken we in dit rapport de term 'psychiatrische problematiek' als overkoepelende term voor alle stoornissen, zowel psychiatrische als verslavingsproblematiek. Als een onderwerp specifiek gaat over mensen met een dubbele diagnose dan wordt dat vermeld.

Leeswijzer

Het eerste deel van dit rapport begint met een overzicht van de doelen van de PPC's en de onderbouwing van de wijze waarop aan deze doelen gewerkt wordt; de veronderstellingen over waarom de gekozen aanpak effectief is. In het tweede deel wordt weergegeven welke kennis er uit de literatuur naar voren komt over deze doelen en veronderstellingen. Deel drie geeft een samenvattende conclusie: over welke onderwerpen is nu veel of relatief weinig bekend?

In de bijlage is informatie over de onderzoeks aanpak opgenomen (bijlage 1: methode), alsmede meer specifieke achtergrondinformatie en een overzicht van bestudeerde documenten en deskundigen die betrokken waren bij het opstellen van dit rapport.

1

Doelen en werkzame mechanismen van de PPC's

1.1 Inleiding

Voordat we beginnen met de literatuurstudie kijken we naar de doelen van de PPC's en de aanpak die gekozen is om de doelen te bereiken. Daarna wordt gekeken naar de beleidstheorieën of veronderstellingen: op grond waarvan wordt verwacht dat de doelen bereikt worden door juist deze aanpak te kiezen? Of anders geformuleerd: welke mechanismen zijn naar verwachting effectief?

Deze analyse is om twee redenen van belang. Ten eerste wordt de literatuurstudie afgestemd op de doelen en veronderstelde werkzame mechanismen. Nagegaan wordt wat uit onderzoeksliteratuur blijkt over de manier waarop de beoogde doelen bereikt kunnen worden. Blijkt uit de literatuur ook dat de aanpak en veronderstellingen veelbelovend zijn voor het bereiken van de doelen? Het gaat daarbij nooit om absolute werkzame mechanismen. Het gaat om het vaststellen van wat werkt, voor wie en onder welke omstandigheden (Pawson en Tilley, 1997). De literatuurstudie wordt afgebakend en enkel gericht op de doelen en veronderstellingen van de PPC's. Andere onderwerpen kunnen ook interessant zijn om te bestuderen maar inzicht in kennis over de doelen en veronderstellingen die de PPC's hebben, heeft in dit kader prioriteit. Ten tweede is het van belang om de doelen en veronderstellingen van de PPC's te kennen om, in een later stadium, te onderzoeken of de veronderstellingen terecht zijn en of de gekozen aanpak inderdaad effectief is. Een meerjaren onderzoekprogramma voor de PPC's kan juist op deze vragen gericht worden. Als uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat over bepaalde veronderstellingen al veel bekend is, kan ervoor gekozen worden hier geen verder onderzoek naar te doen. Als er echter leemtes blijken, kan nieuw onderzoek juist op die aspecten gericht worden.

1.2 Doelen van de PPC's

De doelen van de PPC's zijn verwoord in een aantal documenten (Kaderdocument "De Toekomst is nooit af", Koomen, 2010; nota "Verantwoorde psychiatrische zorg in de PPC's. Een praktische beschrijving door en voor zorgprofessionals", Wesselius, Gorter & Moree, 2010). De doelen van de PPC's zijn volgens de beschikbare documenten gericht op het geven van verantwoorde zorg, herstel van de patiënt, het verminderen van recidive en daarmee het vergroten van de veiligheid van de samenleving.

Uit de discussies binnen de Ronde Tafel, een groep wetenschappers die de directeur Gevangeniswezen adviseert over de PPC's, interviews en respons op een vragenlijst die werd ingevuld door de leden van de Ronde Tafel en medewerkers van de PPC's (zie bijlage 1 over de onderzoeksmethode), blijkt dat de deskundigen het belangrijk achten dat niet alleen goede en haalbare doelen worden gesteld maar ook dat de PPC's 'afgerekend' gaan worden op de juiste

doelen. Voor verschillende patiënten gelden echter andere doelen. Het einddoel recidivevermindering zal dan ook lang niet altijd een geschikte maat zijn. Het hangt af van de problematiek van de patiënt en de beschikbare tijd in de PPC's of de aanpak van de PPC van invloed kan zijn op recidive. Sommige psychiatrische stoornissen zijn namelijk pas na jaren verminderd, terwijl de meeste patiënten maar drie maanden in de PPC verblijven. In dat geval kan alleen stabilisering van de problematiek een doel zijn waar de PPC's op afgerekend mogen worden. Doordat er veel verschillende vervolgtrajecten mogelijk zijn is er geen causaal verband aan te tonen tussen het effect van de PPC-aanpak en de problematiek van de patiënt en/of zijn of haar recidive op langere termijn. Wel kan het succes van de doorverwijzing gemeten worden. Volgens de deskundigen kunnen de doelen van de PPC's daarmee als volgt geformuleerd worden: 1) het bieden van verantwoorde zorg en 2) het verminderen van risicofactoren voor crimineel gedrag. Dit betekent dat de PPC's wel tot doel hebben risicofactoren te verminderen (bijvoorbeeld door stabilisering van psychiatrische problematiek, het organiseren van vervolgzorg, het vergroten van motivatie) maar niet verantwoordelijk gehouden kunnen worden voor dat wat ná de PPC's gebeurt.

De doelen van de PPC's zijn:

1. Het bieden van verantwoorde zorg aan patiënten.
2. Het verminderen van risicofactoren op crimineel gedrag.

De doelen maken ook duidelijk dat de PPC's anders zijn dan reguliere PI's en anders dan de GGZ. De PPC's bieden meer zorg dan reguliere PPC's. En de PPC's zijn, anders dan de reguliere GGZ ook gericht op het verminderen van risicofactoren voor crimineel gedrag.

Om welke patiënten gaat het?

De patiënten die instromen in de PPC's zijn een zeer heterogene groep. Het gaat om een combinatie van stoornissen, waarbij de meeste patiënten gedragsproblemen hebben, sociale inbedding missen en ernstige psychosociale problematiek hebben. Ook de justitiële insluiting is divers: de meerderheid is kort of preventief gehecht, een klein percentage is langdurig gestraft. Precieze getallen ontbreken nog omdat de PPC's nog maar kort bestaan maar de gemiddelde verblijfsduur lijkt rond de drie maanden te liggen. De duur van het verblijf wordt vooral bepaald door de justitiële titel en niet door de zorgbehoefte: patiënten worden vrijgelaten, geschorst of uitgezet op basis van de rechtsgang en niet op basis van de psychiatrische problematiek. Er is grote hectiek bij deze heterogene groep met zeer begeleidingsintensieve patiënten.

1.3 Taken van de PPC's

Om de doelen te bereiken hebben de PPC's een aantal taken gekregen. In het document van Koomen (2010) worden de volgende taken genoemd: 1) stabiliseren, 2) diagnostiek, 3) motiveren en mobiliseren, 4) door- en terugplaatsen, 5) beveiligen, 6) voorzien in medisch noodzakelijke zorg en behandeling, 7) ketenvorming ten behoeve van continuïteit van zorg, 8) rechtactiviteiten (wettelijk verplichte activiteiten zoals sporten en luchten) en 9) recidivevermindering. De doelen en taken gelden zoals vermeld niet altijd voor alle patiënten; dat is niet altijd haalbaar. Voor bijvoorbeeld patiënten die maar enkele weken of maanden in een PPC verblijven kan men al tevreden zijn wanneer de patiënt medicatie krijgt en de psychische toestand stabiliseert. Er is dan onvoldoende tijd voor verdere behandeling, één van de andere doelen. Om het doel recidivevermindering te bereiken zal alleen de inspanning van de PPC dan niet voldoende zijn, er is dan ook zorg en behandeling door een vervolginstelling nodig.

In de nota van Wesselijs, Gorter en Moree (2010) worden niet alle taken overgenomen uit het hiervoor genoemde document van Koomen (2010). Wesselijs en collega's geven aan dat sommige doelen basisrechten zijn van elke gedetineerde en dus niet als specifieke taak voor de PPC gezien moeten worden. De taken 'rechtactiviteiten' (activiteiten waar gedetineerden recht op hebben, zoals een aantal uren luchten en sporten), 'beveiliging' en 'behandeling' worden in deze nota niet als specifiek doel voor de PPC's gezien; de PPC's zijn hierin niet anders dan reguliere PI's. Behandeling in de zin van interventies gericht op delictscenario-analyse, continuïteit van zorg, aandachtsgebieden van maatschappelijke dienstverlening (huisvesting, financiën, legitimatie, dagbesteding e.d.), en behandelprogramma's en –modules worden in deze notitie geschaard onder de categorie 'recidivevermindering'. De taken recidivevermindering en een veiliger samenleving worden in Koomen, 2010 echter gezien als eindresultaat van alle overige taken; niet als afzonderlijk uit te voeren activiteiten. Kortom de verschillende documenten geven andere informatie over de taken van de PPC's.

Om meer eenduidigheid te krijgen in wat nu de belangrijkste doelen en taken worden geacht, zodat de literatuurstudie gericht kan worden op juist deze doelen, is een vragenlijst gestuurd naar wetenschappers (leden van De Ronde Tafel) en medewerkers van de PPC's en het gevangeniswezen (zie bijlage 4). In deze vragenlijst konden de respondenten aangeven welke taken zij de PPC's toebedeelden en wat voor hen prioriteit zou hebben. De respondenten konden reageren op de doelen zoals verwoord in het beleidsdocument van Koomen (2010) en daarnaast werden open vragen gesteld. Nagegaan is welke doelen de meeste prioriteit kregen.

De prioritering van de deskundigen was als volgt: de hoogste prioriteit werd toegekend aan continuïteit van zorg, daarna aan diagnostiek, vervolgens aan zorg en behandeling, daarna aan stabiliseren. Motiveren kreeg de minste prioriteit. Taken die geen prioriteit kregen waren: beveiligen en rechtactiviteiten (deze

werden door de meeste deskundigen als een reguliere taak gezien, niet als een taak die speciaal voor de PPC's geldt), door- en terugplaatsen (deze werd geschaard onder continuïteit van zorg), ketenvorming (dit werd als middel gezien voor het doel continuïteit van zorg). Recidive werd door de meeste respondenten niet als taak gezien maar als indirect einddoel van alle overige taken.

Om de literatuurstudie af te bakken en een onderzoekprogramma op te kunnen stellen dat is gericht op belangrijkste onderdelen van de PPC's hebben wij gefocust op de vijf taken die door de deskundigen het meest belangrijk worden geacht en waarin de PPC's een bijzondere plaats innemen in het gevangeniswezen. In chronologische volgorde, vanaf de binnenkomst van patiënten in de PPC, zijn de volgende.

De belangrijkste taken van de PPC's zijn:

1. Stabiliseren.
2. Diagnostiek.
3. Motiveren.
4. Zorg en behandeling.
5. Continuïteit van zorg en behandeling.

1.4 Randvoorwaarden

In de notitie van Wesselijs, Gorter en Moree (2010) wordt de aanpak beschreven die wordt gehanteerd om de taken uit te kunnen voeren. De gekozen maatregelen en methoden zijn opgenomen in tabel 1. Ook worden de randvoorwaarden beschreven die nodig zijn om de taken goed uit te kunnen voeren, zoals onder andere verschillende beveiligingsniveaus, beschikbaarheid van interventies en farmacotherapie, geschoolde professionals en samenwerkingsverbanden met ketenpartners. Een meer gedetailleerd overzicht is opgenomen in bijlage 2.

1.5 Veronderstelde mechanismen

Op grond waarvan wordt verwacht dat de doelen juist door deze aanpak worden bereikt? Wat zijn de achterliggende redenen om juist voor deze aanpak te kiezen? De onderliggende beleidstheorieën of veronderstellingen worden (zoals vaker het geval is in beleidsdocumenten) amper expliciet beschreven. Het is echter wel van belang om te weten wat de achterliggende veronderstellingen zijn, om met onderzoek te kunnen nagaan of de gekozen aanpak inderdaad effectief is. Daarom zijn de deskundigen ook bevestigd naar de veronderstellingen: waarom denkt men dat juist deze aanpak leidt tot het doel? Waarom zijn juist deze maatregelen, methoden of procedures effectief in het behalen van het doel? In de eerder genoemde vragenlijst konden de respondenten (van de PPC's en uit de wetenschap) reageren op door ons geformuleerde veronderstellingen, konden zij reageren op open vragen en daarmee ook extra veronderstellingen formuleren. Op basis van de combinatie van de respons van de deskundigen en de informatie uit de beleidsdocumenten hebben we het volgende overzicht opgesteld (tabel 1).

Tabel 1: De doelen, taken, aanpak en veronderstelde werkzame mechanismen van de PPC's.

Doel	Taken	Gekozen aanpak	Veronderstelde werkzame mechanismen
1: Bieden van zorg 2: Verminderen van risicofactoren	Stabiliseren	<ul style="list-style-type: none"> • De PPC's creëren mogelijkheden voor beveiliging en dwangmaatregelen waarbij voldaan wordt aan wet- en regelgeving. • PPC's hebben verschillende beveiligingsniveaus, bieden veiligheid en structuur. • Er wordt een zorggericht en therapeutisch klimaat tot stand gebracht. • Er wordt crisismanagement geboden, alsmede psychiatrische interventies gericht op destabilisatie van psychiatrische problematiek (waaronder farmacotherapie) en op het leren van basale interventies. • Er zijn middelen om de interventies te monitoren en controleren (waaronder toegang tot laboratoriumonderzoek). 	<ul style="list-style-type: none"> • Als crisismanagement en psychiatrische en gedragsgerichte interventies geboden worden in een veilige en beveiligde omgeving kunnen patiënten gestabiliseerd worden. • Als de PPC's een zorggericht en therapeutisch detentieklimaat hebben, kunnen patiënten beter gestabiliseerd worden. • Als de patiënt afstand krijgt van zijn stressvolle levensomstandigheden (straat, middelen scoren, misbruik, invloed van slechte vrienden), ontstaat eerder stabilisatie van acute psychiatrische beelden, vermindert het gevaar voor de patiënt zelf en de omgeving, en ontstaan groeiomstandigheden, waardoor behandeling eerder kan starten.
	Diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> • Gedetineerden met ernstige psychiatrische stoornissen worden overgeplaatst naar PPC's. • Bij elke patiënt wordt bij binnenkomst een diagnose gesteld. Zo nodig wordt de diagnose tijdens het verblijf bijgesteld. Bij het verlaten van de PPC wordt opnieuw diagnose gesteld. • Er zijn geschoolde professionals en middelen (testmateriaal) beschikbaar om diagnose te kunnen stellen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Als PPC-patiënten snel en accuraat worden gediagnosticeerd, met gevalideerde instrumenten en methoden, kan sneller passende en effectieve behandeling worden gestart. • Als de diagnostiek multidisciplinair plaatsvindt door geschoolde professionals, dan zal de diagnose beter zijn.
	Motiveren	<ul style="list-style-type: none"> • Patiënten worden gemotiveerd voor behandeling door middel van psycho-educatie, face-to-face contact met hulpverleners, dagactiviteiten en het leren van basisvaardigheden (levensstijl, betalingsgedrag, arbeid en daginvulling). • Er wordt een start gemaakt met herstel van contact met familie van de patiënt. 	<ul style="list-style-type: none"> • Als patiënten psycho-educatie krijgen, alsmede face-to-face gesprekken met hulpverleners, dagactiviteiten en basisvaardigheden dan zullen zij meer gemotiveerd raken voor behandeling. • Als patiënten gemotiveerd zijn, zullen zij eerder starten met behandeling. • Als patiënten worden aangesproken op hun eigen kracht en verantwoordelijkheid, zal hun motivatie om aan zichzelf te werken toenemen. • Als aandacht wordt besteed aan het herstellen en contact leggen met het familie-netwerk, dan zal de motivatie voor behandeling toenemen. • Als een systeembenadering wordt gehanteerd bij ernstige complexe patiënten, dan zal de kans op gedragsverandering vergroten.
	Zorg en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • Er wordt zo snel mogelijk medische en psychiatrische behandeling gestart. • Behandeling wordt gericht op medische symptomen, op psychiatrische stoornissen en (als er voldoende tijd is) op het verminderen van criminogene risicofactoren (waarbij specifiek op recidivevermindering gerichte behandelmodules extern ingehuurd kunnen worden). • Er zijn geschoolde professionals (GZ psychologen, psychiaters e.d.). • Er wordt vertrouwen gecreëerd tussen professionals uit verschillende disciplines, een goede organisatie-structuur opgezet en een goede relatie tussen management en professionals nagestreefd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Als behandeling snel start, kan dat extra psychische en lichamelijke schade voorkomen. • Als behandeling start, kunnen criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden. • Als criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, dan kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst naar de GGZ. • Omdat er een zeer kleine groep langverblijvende patiënten in de PPC's is is het efficiënter om specifieke behandelmodules extern in te huren. • Als psychische stoornissen en criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, zal het risico op recidive verminderen. • Als behandeling sneller wordt gestart, zal de motivatie voor vervolgbehandeling vergroten. • Als er geschoolde professionals zijn kan kwalitatief goede zorg geboden worden. • Als er vertrouwen wordt gecreëerd tussen disciplines zal de organisatie beter functioneren en behandeling beter zijn.
	Continuïteit van zorg en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> • De PPC's ontwikkelen of versterken samenwerkingsverbanden met ketenpartners, wisselen informatie en expertise uit. • Patiënten worden zo snel mogelijk doorgeplaatst naar een vervolginstelling binnen de GGZ. Doorplaatsing kan alleen met een juridische titel of op vrijwillige basis. • De justitiële titel van de patiënt is van belang voor het vervolgetraject na de PPC. • Zo mogelijk wordt familie van de patiënt betrokken ten behoeve van het vervolgetraject. 	<ul style="list-style-type: none"> • Als er goed contact is tussen PPC's en ketenorganisaties, zal de informatieverstrekking over patiënten beter zijn. • Als PPC's goed contact hebben met ketenorganisaties kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst. • Als familie kan ondersteunen kan continuïteit van zorg betere bereikt worden. • Als patiënten worden doorgeplaatst naar de GGZ, dan kan betere en effectievere zorg en behandeling worden geboden, doordat de GGZ over meer specifieke behandelmethoden beschikt en doordat de patiënten in de vrijere setting beter kunnen oefenen met nieuw gedrag. • Als continuïteit van zorg geboden wordt zal het risico op recidive verminderen.

2

In het volgende deel wordt weergegeven welke kennis beschikbaar is in de internationale wetenschappelijke onderzoeksliteratuur over de doelen, gekozen aanpak en veronderstelde werkzame mechanismen uit bovenstaande tabel.

Literatuuronderzoek

1. Inleiding

In dit deel worden de resultaten van de literatuurstudie beschreven. Zoals in het vorige hoofdstuk werd aangegeven is de literatuurstudie gericht op de doelen van de PPC's en veronderstellingen over de effectiviteit van de gekozen aanpak. Nagegaan is wat de literatuur zegt over de wijze waarop de doelen bereikt kunnen worden en over de effectiviteit van methoden om deze doelen te bereiken. De indeling van dit deel volgt de doelen van de PPC's. Eerst wordt beschreven wat de gevonden onderzoeksliteratuur zegt over het doel stabiliseren, daarna volgen diagnostiek, motiveren, zorg en behandeling en ten slotte continuïteit van zorg en behandeling.

2. Stabiliseren

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de eerste taak van de PPC's besproken: stabiliseren. Onder stabiliseren wordt verstaan: het inzetten van maatregelen en interventies die de fysieke en psychische toestand van de patiënt stabiliseren. Dit is nodig om veiligheid te kunnen garanderen voor de patiënten zelf en voor de medewerkers. Pas nadat patiënten gestabiliseerd zijn kan behandeling starten. Eerst moet een stabiele situatie bereikt worden en moeten (agressieve) incidenten zoveel mogelijk beperkt worden. Het stabiliseren van gedetineerden in de PPC's is relevant omdat gedetineerden met psychiatrische problematiek twee tot drie keer meer fysieke en verbale agressie uiten dan gedetineerden zonder psychiatrische problematiek (James & Glaze, 2006; in Scott, 2010). Daarnaast tonen meerdere gevangenisstudies aan dat er meer incidenten zijn met psychiatrische gedetineerden dan met 'gezonde' gedetineerden (DiCataldo, Greer, & Profit, 1995; Jemelka, Trupin, & Chiles, 1989; Lovell & Jemelka, 1998; Toch, Adams, & Grant, 1989; In Chandler, Peters, Field, & Juliano-Bult, 2004). Ook hebben gedetineerden met psychiatrische problematiek een hoger risico op suicide, worden zij vaker aangevallen door medege-detineerden en gaan hun symptomen en gezondheid vaak achteruit (Rock, 2001). Onderzoek naar de ervaringen van gedetineerden toont bovendien aan dat zij veelal niet positief zijn over de sfeer binnen gevangenissen. Zij geven aan dat ze gefaald hebben, machteloos zijn, geen eigen identiteit meer hebben, dat ze altijd bekeken worden, dat hun gedrag te veel gereguleerd wordt en dat ze zich zorgen maken om hun eigen veiligheid (Quirk & Lelliot, 2002; Toch & Adams, 2002; Zamble & Porporino, 1990; in Day & Doyle, 2010). Dit zijn allemaal factoren die een effectieve behandeling in de weg kunnen staan (Day & Doyle, 2010).

Uit de internationale onderzoeksliteratuur komt naar voren dat een aantal aspecten van belang is om patiënten te kunnen opvangen en stabiliseren:

- 1) **Beveiliging met verschillende beveiligingsniveaus om veiligheid en structuur te kunnen bieden.**
- 2) **Crisismanagement gericht op stabilisatie van psychiatrische problematiek.**
- 3) **Methoden voor dwang en methoden om dwang te reduceren.**
- 4) **Een zorggericht en therapeutisch klimaat.**
- 5) **Het aanleren van basale vaardigheden.**
- 6) **Het omgaan met agressie jegens personeel.**

Deze aspecten zullen hieronder worden besproken aan de hand van de literatuur.

2.2 Beveiligingsmaatregelen

Het eerste aspect bij stabilisering van patiënten dat uit de onderzoeksliteratuur naar voren komt is beveiliging van de omgeving. Om een therapeutisch klimaat te creëren en behandeling te starten moet eerst de veiligheid van patiënten, medewerkers en maatschappij gewaarborgd worden. Davison (2004) geeft aan dat een effectieve behandeling niet gegeven kan worden in een onveilige omgeving, maar dat een zeer restrictieve omgeving met dwangmaatregelen de effectiviteit van een behandeling in de weg kan staan. Het is daarom van belang dat de patiënten niet onderworpen worden aan een hogere beveiliging dan noodzakelijk. Davison maakt onderscheid tussen drie verschillende soorten beveiliging:

1. **Relationele beveiliging:** Relationele beveiliging behelst de therapeutische relatie tussen de patiënt en personeel (we komen later terug op het therapeutische klimaat). Het multidisciplinaire team rondom de patiënt moet goed op de hoogte zijn van de gedragingen en gedachten van patiënten, om zo verandering goed op te kunnen merken en actie te kunnen ondernemen.
2. **Procedurale beveiliging:** Hierbij gaat het om de maatregelen die kunnen worden toegepast om het risico van de patiënt te kunnen onderzoeken, minimaliseren en managen. Deze maatregelen zijn onder andere observatie, testen op druggebruik, bezoeksregelingen, contact met de buitenwereld, agressie-management en verlofregelingen.
3. **Fysieke of omgevingsbeveiliging:** Bij deze vorm van beveiliging gaat het om de inrichting en omgeving van de instelling zelf. Voorbeelden hiervan zijn speciale ramen die ontsnapping onmogelijk maken, aangepast meubilair, alarmsystemen, videobewaking. Tevens moet het voor het personeel maximaal mogelijk zijn om de hele afdeling te kunnen overzien.

Binnen forensische instellingen zijn er meerdere beveiligingsniveau. Het niveau van beveiliging wordt bepaald door het risico van de patiënt. Een goede en vlotte doorstroming tussen de verschillende niveaus van beveiliging is daarom van belang (Goethals & Robert, 2007).

Samengevat blijkt uit de literatuur dat beveiliging nodig is om patiënten te stabiliseren maar dat het niveau van beveiliging moet worden afgestemd op de patiënt. Het is dus van belang om afdelingen in de PPC's te hebben met verschillende beveiligingsniveaus waartussen patiënten snel heen en terug kunnen worden geplaatst indien dat nodig is. Voor de doorstroom naar de GGZ geldt volgens de geraadpleegde deskundigen die voor dit onderzoek werden geïnterviewd ook dat binnen de GGZ verschillende beveiligingsniveaus moet hebben maar dat het ook eenvoudig moet zijn om patiënten uit de GGZ zo nodig tijdelijk terug te kunnen plaatsen naar de meer beveiligde omgeving in een PPC.

2.3 Crisismanagement: stabilisatie van psychiatrische problematiek van de patiënt

Het tweede aspect bij stabilisering van patiënten is crisismanagement. Gedetineerden met een dubbele diagnose (psychiatrische problematiek in combinatie met verslavingsproblematiek¹) verkeren (zeker bij binnenkomst in detentie) vaak in een crisis als gevolg van destabilisatie van de psychiatrische problematiek, acute intoxicatie en gerelateerde gedragsproblemen (Peters & Bekman, 2007). Zij moeten daarom goed in de gaten worden gehouden, geïsoleerd worden van andere gedetineerden en (medische) zorg krijgen. Volgens Peters en Bekman hebben gedetineerden met een dubbele diagnose verschillende basisbehoeften, waaronder de stabilisatie van acute psychologische symptomen (o.a. door psychotrope medicatie²), het afbouwen van alcohol- of druggebruik, het screenen van suicide, preventie en observatie (van probleemgedrag).

Veel gevangenen in Amerika hebben een onafhankelijk crisisterventieteam die de psychische en medische behoeften van de gedetineerden in de gaten houdt en hierop inspeelt (Steadman & Veysey, 1997; in Peters & Bekman, 2007). In Amerika wordt een gefaseerde aanpak voor gedetineerden met een dubbele diagnose het meest toegepast (Peters et al., 2004). Hierbij wordt eerst aandacht gegeven aan de meest acute symptomen door het geven van medicatie, het doen van psychiatrisch onderzoek en door de motivatie voor verdere behandeling te vergroten. In de tweede fase ligt de aandacht bij het ontwikkelen van vaardigheden, terugvalpreventie, hulp van andere gedetineerden (peer support), individuele therapie en interventies die denkpatronen kunnen herstructureren. De derde en laatste fase richt zich op het toewerken naar de vrijlating en het contact leggen met extramurale instanties.

Scott (2010) beschrijft op basis van onderzoek de volgende belangrijke zaken op het gebied van stabilisatie:

- Het is belangrijk om de aard van het agressieve of ontspoorde gedrag, inclusief zelfmutilatie en suicide pogingen (zie ook Daniel en Fleming, 2005; in Scott, 2010) van de gedetineerde te onderzoeken om een behandelingsstrategie te kunnen bepalen.
- Een plan van aanpak heeft de volgende componenten:
 1. Bepaal de oorzaak en functie van het gedrag.
 2. Benoem gewenste gedragingen voor in de toekomst.
 3. Bespreek de voordelen van minder disfunctioneel gedrag en meer gewenst gedrag.
 4. Maak gebruik van duidelijke omschreven bewoordingen van gedrag.
 5. Maak gebruik van korte termijn doelen.
 6. Zorg dat alle medewerkers op de hoogte zijn van het plan en stel bepaalde mensen verantwoordelijk voor de uitvoering.

Op de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (www.nvvp.nl) zijn multidisciplinaire richtlijnen te vinden, bijvoorbeeld de richtlijn besluitvorming dwang, die bruikbaar zijn voor de PPC's.

Samengevat blijkt uit de literatuur dat het bij crisissituaties nodig is om acute psychologische en medische symptomen te verminderen (door o.a. medicatie te geven), aandacht te geven aan (het stoppen met) alcohol en drugsgebruik en te screenen op suicide. Vaak worden hiervoor crisisteams ingezet die toezien op de psychische en medische behoeften van patiënten en een fasegewijze of een stapsgewijze aanpak gebruiken. Er zijn veel multidisciplinaire richtlijnen voor psychiaters beschikbaar op www.nvvp.nl en bij het Trimbos-instituut.

2.4 Dwangmaatregelen

Na beveiliging en crisismanagement, die hiervoor werden beschreven, zijn dwangmaatregelen van belang bij stabilisering. PPC-patiënten zijn door de rechter verplicht in een PI geplaatst. Als het PMO (psychomedisch overleg) van een PI bepaalt dat er 'klinisch psychiatrische zorg' voor een delinquent nodig is, wordt deze overgeplaatst naar een PPC. Dit betekent dat plaatsing in een PPC niet op vrijwillige basis hoeft te gebeuren.

Het onderwerp 'dwang en drang' komt vaak aan de orde in de onderzoeksliteratuur. Een duidelijk voorbeeld van dwang is een gevangenisstraf of een TBS-maatregel. Een voorbeeld van drang is het geven van een 'keuze' waarbij één van de alternatieven duidelijk minder aantrekkelijk geacht wordt voor de patiënt, bijvoorbeeld keuze tussen deelname aan behandeling en vervroegde vrijlating, of geen behandeling en geen vervroegde vrijlating. Een milde vorm van drang is motiverende gespreksvoering, die wordt toegepast om delinquenten te motiveren deel te nemen aan een bepaalde behandeling. Hoewel de opname in een PPC niet vrijwillig hoeft te

zijn, is behandeling wel vrijwillig. Ook deze vrijwilligheid moet echter in een context worden gezien; in de PPC's wordt doorgaans wel drang toegepast en in bepaalde situaties kunnen ook dwangmaatregelen getroffen worden, zoals het geven van verplichte medicatie (Wesselijs, Gorter, & Moree, 2010).

Onderzoek richt zich vaak op de vraag in hoeverre behandeling effectief kan zijn in een gedwongen situatie en welke invloed dwang en drang hebben op motivatie. De meeste artikelen richten zich hierbij op verplichte afkickprogramma's voor verslaafde delinquenten. Veel minder aandacht is er in de onderzoeksliteratuur voor forensisch psychiatrische delinquenten. Overigens wordt in de buitenlandse literatuur doorgaans geen onderscheid gemaakt tussen drang en dwang, maar heeft men het over 'dwang'. Hierdoor is het lastig de verschillende onderzoeken te vergelijken (zie ook Farabee, Predergast & Anglin, 1998).

In het algemeen wordt wel gesteld dat gedwongen behandeling leidt tot lagere uitvalpercentages (Perron & Bright, 2008). Dit lijkt logisch, de behandeling is immers verplicht. Maar ook wordt genoemd dat verplichte therapie geen goede uitkomsten lijkt te bieden op andere maten van effectiviteit (McMurrin & Ward, 2010). Zo vond een meta-analyse naar de effectiviteit van verplichte therapie dat verplichte therapieën ineffectief waren vooral wanneer zij plaats hadden in de gevangenis, ten opzichte van vrijwillige therapieën en therapieën die niet verplicht waren maar waarbij wel drang werd uitgevoerd. Vrijwillige therapieën waren wel effectief, ongeacht de setting waar zij plaatsvonden (gevangenis of daarbuiten) (Parhar, Wormith, Derkzen, & Beaugard, 2008).

Een nuttig onderscheid is dat tussen objectieve en subjectieve dwang. In het laatste geval gaat het om de mate van gepercipieerde dwang (Farabee et al., 1998). Delinquenten die de behandeling als vrijwillig zagen (ongeacht de objectieve dwang), hadden een hogere behandelmotivatie dan delinquenten die de behandeling als verplicht zagen (Prendergast, Greenwell, Farabee, & Hsyr, 2009). Echter, perceptie van dwang en behandelmotivatie hadden geen effect op het al dan niet afmaken van de therapie. De mate van motivatie had wel een effect op recidive binnen 12 maanden: delinquenten die onderkenden een verslavingsprobleem te hebben (Recognition) en delinquenten die aangaven te twijfelen of zij een probleem hadden (Ambivalence), hadden hogere recidivescores. Delinquenten die aangaven actief te proberen hun verslaving te boven te komen (Taking Steps), hadden juist een lagere recidive. Uit een ander onderzoek komt naar voren dat delinquenten die hun door de rechtbank opgelegde afkickprogramma niet voltooiden, een langer crimineel verleden hadden, ernstigere werk- en psychiatrische problemen, meer drugs gebruikten en een lagere behandelmotivatie hadden. De recidive in deze groep was ook groter dan bij de groep die het programma wel afmaakten (Evans, Li, & Hsyr, 2009). Een vergelijking van een vijftal Europese landen laat zien dat dergelijke door de rechter opgelegde quasi-verplichte afkickprogramma's gemengde resultaten laten zien als het gaat om de effectiviteit ervan. Dit zou onder andere komen door een gebrekkige afstemming tussen de rechtspraak en andere, zoals

hulpverlenende instanties (Stevens et al., 2005).

Naast dwang van instanties, zoals de rechtbank of reclassering, kunnen ook familie en vrienden dwang uitoefenen. Deze laatste vorm van 'informele' dwang heeft positieve effecten op de motivatie van verslaafden voor hun behandeling. Verslaafden die dwang ervoeren van familie en vrienden hadden wel een heftigere verslavingsproblematiek dan verslaafden die deze dwang niet ervoeren. Daarnaast was de ervaren dwang ongerelateerd aan de uitkomsten van de behandeling 12 maanden later (Polcin & Beattie, 2007). In hoofdstuk 4 wordt verder ingegaan op de invloed van drang en dwang en motivatie.

Dwang en drang (Widdershoven & Abma, 2011).

"Bij de toepassing van dwang worden handelingsalternatieven uitgesloten: de betrokkene kan niet anders dan datgene ondergaan wat hem wordt opgelegd, bijvoorbeeld medicijnen die tegen zijn wil worden toegediend, of vrijheidsbeperkende maatregelen zoals separatie die worden toegepast. Van enige keuzevrijheid is bij dwangtoepassing geen sprake. Iedere alternatieve optie wordt weggelaten. Toepassen van drang daarentegen perkt de keuzevrijheid niet in absolute zin in. Wel wordt bij drangtoepassing de keuzevrijheid meer of minder vergaand belemmerd. Iemand kan bijvoorbeeld in het vooruitzicht worden gesteld dat hem of haar iets wordt onthouden wat hij erg waardeert ('Als je deze medicijnen niet inneemt, dan mag je niet met weekendverlof'). Drang kan ook het in het vooruitzicht stellen van een onaangenaam alternatief inhouden ('Als je geen rustmomenten neemt dan moeten we je separeren.'). Afhankelijk van de context is de mate van beperking van de keuzevrijheid bij drang verschillend, maar nooit absoluut. Er blijft altijd een optie open, ook al is dit wellicht feitelijk illusoir, en ervaart de patiënt de drang als een vorm van dwang of manipulatie."

Uit de literatuur blijkt dat het streven van de PPC's naar doorplaatsing van patiënten naar de GGZ wordt ondersteund wordt door kennis uit wetenschappelijk onderzoek. Hoewel dwangmaatregelen soms nodig zijn is een niet gedwongen omgeving en vrijwillige behandeling doorgaans effectiever dan behandeling in detentie. Behandeling door de GGZ kan echter ook gedwongen zijn opgelegd door de rechter, dus ook dan is het van belang om motivatie voor (vrijwillige) behandeling te vergroten. Opsluiting limiteert de mogelijkheden van de gedetineerde om zelf zijn problemen op te lossen, wat weer kan leiden tot disfunctioneel gedrag. Het bejegenen en motiveren van patiënten door personeel is van grote invloed, omdat dit ook effect kan hebben op de subjectief ervaren dwang of drang door patiënten. Motiveren van patiënten voor verandering is van essentieel belang voor een effectieve behandeling. We komen hier op terug in hoofdstuk 4.

¹ In het buitenland worden verschillende definities gebruikt: in Amerika wordt onder 'double diagnosis' dezelfde definitie als in Nederland gebruikt (een combinatie van psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek). In Canada wordt onder double diagnosis echter een combinatie van verslavingsproblematiek en verstandelijke handicap verstaan. Wat we in Nederland met dubbele diagnose bedoelen wordt in Canada 'concurrent diagnosis' genoemd.

² Psychotrope medicatie: psychofarmaca, medicijnen die invloed hebben op de psyche.

2.5 Dwangreductie

Sinds 2005 hebben veel GGZ-instellingen maatregelen getroffen om het aantal opsluitingen in een isoleercel (separaties) te verminderen. Dwangreductie is niet alleen vanwege politieke en maatschappelijke kritiek nodig. In een review komt naar voren dat eenzame opsluiting ernstige psychologische, psychiatrische en soms ook fysieke gevolgen veroorzaakt bij gedetineerden. Schattingen geven weer dat 30 tot 90% van de gedetineerden bij eenzame opsluiting negatieve symptomen ervaart en dat deze verergeren naarmate meer tijd in de isoleercel wordt doorgebracht (Smith, 2006).

Uit onderzoek blijkt dat mildere straffen, in tegenstelling tot zware straffen, doorgaans effectiever zijn voor het vertonen van probleemgedrag. Niet alleen zullen sommige zware straffen (zoals 14 dagen isoleercel) als onrechtvaardig worden ervaren en daarmee juist tot averechts gedrag leiden, ook kan de detentieschade vergroot worden (Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2009). Uit interviews met gedetineerden in dit zelfde onderzoek kwam het volgende naar voren. De isoleercel lijkt weinig positieve invloed te hebben op het gedrag, zeker niet wanneer het langer dan drie dagen is. Men doorstaat de straf, maar als het lang duurt wordt men juist recalcitrant en vindt men de straf onrechtvaardig. Dit komt overeen met resultaten uit onderzoek (Robberson & Rogers, 1988, Jepson & Chaiken, 1990, Sherman, 1990; in Van der Plicht et al., 2007). Het intrekken van verlof wordt als meest invloedrijke straf gezien. De dreiging van overplaatsing naar een gesloten inrichting lijkt preventief te werken. Gedetineerden geven aan dat voor bepaald gedrag één type straf moet worden gegeven, en geen combinatie van straffen (bijvoorbeeld: afzondering op eigen cel én geen verlof). Zij vinden dat verzwarend en onrechtvaardig: het moet volgens hen helder zijn welke straf wordt gegeven voor welk gedrag en er moet geen extra straf worden gegeven. Gedetineerden vinden dat voor agressief gedrag relatief zware straffen mogen worden gegeven en dat altijd aangifte bij de politie moet worden gedaan.

In het handboek 'Forensische geestelijke gezondheidszorg' (Groen, Dorst & Nijman, 2011) wordt beschreven dat dwangmaatregelen een inperking van de autonomie en vrijheid kunnen betekenen en daarmee ook aanleiding kunnen zijn voor verdere escalatie. Tegelijkertijd kunnen deze maatregelen ook ervoor zorgen dat agressief gedrag wordt beperkt. Beperkingen kunnen bijdragen aan de veiligheid, door bijvoorbeeld een gedetineerde korte tijd in zijn cel op te sluiten. Wanneer de deteneerde is gekalmeerd, kan de maatregel ook weer makkelijk worden opgeheven (Bottoms, 1999; in Groen, Dorst & Nijman, 2011).

Een ander belangrijk aspect bij het toepassen van dwangmaatregelen is de wens van de patiënt zelf. De wens van de patiënt zou leidend kunnen zijn bij de keuze voor dwangtoepassing (Welles & Widdershoven 2007). Onderzoek wijst uit dat de helft van de patiënten liever gesepareerd wil worden en de andere helft wil liever dwangmedicatie toegediend krijgen (Veltkamp et al., 2008).

Voskes, Theunissen en Widdershoven (2011) hebben bij 26 instellingen in Nederland 'best practices' onderzocht mogelijkheden en alternatieven om opsluitingen in isoleercellen te verminderen. Zij geven een overzicht van methoden die worden toegepast bij 'bejegening van de patiënt', 'preventief werken en risicotaxatie', 'de-escalerend werken' en 'reflectie'. Veel van de beschreven methoden zijn echter geen 'evidence-based' methoden en afhankelijk van de cultuur en structuur van de instelling.

Een manier om met lastige situaties rondom dwangreductie om te gaan is het 'moreel beraad' (dit valt onder reflectie). Hierbij wordt op een systematische en methodische wijze een concrete situatie besproken in een groepsgesprek met een daartoe speciaal opgeleide gespreksleider (zie bv. Molewijk, Abma, Stolper en Widdershoven, 2008). Hoewel er nog geen effectonderzoek is verricht met moreel beraad als interventie, kan deze veelbelovend zijn voor de PPC's.

Op basis van hun onderzoek geven Voskes, Theunissen en Widdershoven aanbevelingen waarvan de volgende interessant kunnen zijn voor de PPC's:

- Bevorder dwangreductie met een breed spectrum aan interventies. Het is goed op in te zetten op meerdere, elkaar aanvullende methodieken en te kijken naar de werkwijze bij andere instellingen.
- Zorg ook voor verandering in structuur en cultuur, alleen dan is een verandering in werkwijze effectief en duurzaam.
- Bevorder samenwerking tussen psychiaters en verpleegkundigen.
- Hanteer een geïntegreerde aanpak met een duidelijke sturing. En laat tegelijkertijd ruimte voor creativiteit van de werkvloer.
- Evalueer interventies op het gebied van dwangreductie op effect en proces en maak gebruik van structurele wijzen van dataverzameling.
- Garandeer continuïteit door ervoor te zorgen dat het project breed wordt gedragen en niet afhankelijk is van enkele enthousiaste medewerkers.

Voskes, Theunissen en Widdershoven (2011, blz. 43): "Een belangrijke voorwaarde voor het succesvol reduceren van dwang is leiderschap. Dwangreductie is nog (te) vaak een verantwoordelijkheid van verpleegkundigen. Leidinggevend en psychiaters zijn minder betrokken, terwijl zij belangrijke cultuurdragers zijn op afdelingen binnen een instelling. De verantwoordelijkheid voor de reductie van dwang stopt niet bij de leidinggevenden. Betrokkenheid en aansturing van de Raad van Bestuur en het management (centrale aansturing) blijkt bij de succesvolle instellingen een belangrijke factor te zijn. Dit is niet alleen binnen de instellingen zo maar ook zorgverzekeraars en de politiek verbinden (nog) geen consequenties aan het veelvuldig of langdurig separeren. Dwangreductie is daarom in Nederland nog sterk afhankelijk van de intrinsieke motivatie van medewerkers."

Recent is de ZorgVeiligPrijz uitgereikt door de Inspectie voor Gezondheidszorg aan de GGZ-instelling Bavo Europoort, die sinds 2007 de Crisismonitor gebruikt, een instrument om separaties te voorkomen en te verkorten (http://www.mgv-online.nl/lopende_zaken/bericht/15/Crisismonitor-wint-de-ZorgVeiligPrijz).

Internationale aanbevelingen bij effectieve manieren van zorg bij het stabiliseren van gedetineerden met probleemgedrag zijn: het gebruiken van screeningsprotocollen die het risico op suïcide kunnen vaststellen, het bieden van 'in house' crisis interventies, verschillende stabilisatiemogelijkheden en het helpen van gedetineerden met het innemen van medicatie (Council of State Governments Justice Center, 2002; in Scheyett, Taylor & Vaughn, 2009).

Uit onderzoek komt naar voren dat dwangmaatregelen vaker worden toegepast dan wenselijk is. Met name het opsluiten in isoleercellen kan zeer schadelijk zijn voor de gezondheid van de gedetineerden. Het is daarom van belang om te zoeken naar (mildere) alternatieven voor dwangmaatregelen. In de GGZ in Nederland is onderzocht wat best practices zijn voor dwangreductie en worden onderzoeken gedaan met een nieuwe methode voor dwangmaatregelen. Veelbelovende methoden lijken bijvoorbeeld 'contact tijdens de eerste vijf minuten' en 'moreel beraad'. Deze kunnen ook in de PPC's toegepast worden.

2.6 Een zorggericht en therapeutisch klimaat

Hiervoor werd beschreven dat beveiliging, crisismanagement en (zo min mogelijk) dwangmaatregelen onderdelen zijn bij het stabiliseren van patiënten. Een ander aspect dat uit de literatuur naar voren komt is de noodzaak voor een zorggericht en therapeutisch klimaat in detentie. Het leven in de gevangenis staat haaks op begrippen als autonomie en zelfredzaamheid (Lindqvist & Skipworth, 2000). De kans op een succesvolle behandeling is dan ook het grootst in een omgeving die zo min mogelijk beperkend is (Andrews et al., 1990; Test, 1992; in Lindqvist & Skipworth, 2000).

In Amerika heeft men gekeken hoe men een gevangenis met minimale en kostenbesparende maatregelen kon inrichten zodat voor gedetineerden met psychiatrische problematiek een therapeutische klimaat gecreëerd kon worden (Jennings & Bell, 2012). Volgens de onderzoekers kan een klimaat van veiligheid, voorspelbaarheid en respect worden gecreëerd door een combinatie van gedragsmanagement (gericht op het behouden van de orde), een behandelprogramma, eenvoudige aanpassingen in de ruimtes (bijvoorbeeld markeringsstickers op de vloer; een stille, rustige, schone en veilige omgeving; specifieke ruimtes voor onderzoek,

individuele en groepsgesprekken) en een multidisciplinair team van professionals en beveiligers. De belangrijkste aspecten zijn bij dat laatste: speciaal getraind personeel, waarvan verwacht mag worden dat zij een actieve rol en betekenisvolle rol spelen in het behouden van het therapeutische klimaat. En een multidisciplinair team, bestaande uit een (forensisch) psychiater, (forensisch) psycholoog, medisch verpleegkundige, maatschappelijk werker en een medewerker die de agenda bijhoudt, afspraken met de rechtbank in de gaten houdt en de forensische rapportage beheert.

Zanijing en Kerstens (2012) hebben in hun boek 'Werken in een therapeutisch milieu' beschreven hoe in een forensische setting een behandelmilieu gecreëerd kan worden. Hierbij beschrijven zij dat een consistente en eenduidige organisatie van het milieu essentieel is. Aspecten die voor de PPC's van belang kunnen zijn zijn:

- Positieve beheersing, bejegening en ondersteuning van de patiënt.
- Patiënten en medewerkers gaan veilig, constructief en respectvol met elkaar om.
- Patiënten hebben een dagprogramma met voldoende rustmomenten.
- Patiënten zijn zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk voor hun leefomgeving.
- Patiënten worden gestimuleerd om aan activiteiten en behandelingen deel te nemen.

Het EFP (2008) voegt op het punt van behandelmilieu onderstaande aspecten toe:

- De acute of manifeste psychose wordt zo optimaal mogelijk medicamenteus behandeld in een respectvolle samenwerking met de patiënt, waarbij indien nodig de verantwoordelijkheid wordt overgenomen.
- Patiënten worden geactiveerd voor en ondersteund bij de verzorging van zichzelf en hun omgeving.
- Het vertrekpunt is een individuele benadering en bejegening, waardoor flexibel en onderhandelend kan worden gewerkt.
- Er is sprake van een laag EE-klimaat (geen overmatige bezorgdheid en kritiek) met behoud van een zo natuurlijk en direct mogelijk reageren.
- Patiënten worden gestimuleerd zoveel mogelijk hun eigen verantwoordelijkheid te nemen.
- Patiënten worden gestimuleerd tot het drugsvrij blijven en het drugsvrij maken en houden van de woonafdeling.
- Er wordt methodisch en doelgericht gewerkt aan problematische gedragspatronen, die gerelateerd zijn aan delictiviteitsfactoren.
- Er wordt evenzeer aangevoeld of ontspanning of afleiden van de problematiek noodzakelijk is.

Uit de literatuur blijkt dat onderzoekers het belang van een therapeutisch milieu binnen de detentiesetting zeer groot achten. De kans op een succesvolle behandeling is groter in een omgeving die zo min mogelijk beperkend is. In de (Nederlandse en internationale) literatuur kunnen aanknopingspunten gevonden worden hoe dit klimaat zo goed mogelijk bereikt kan worden. Bejegening van personeel jegens patiënten (en collega's onderling) is daarbij essentieel en vraagt veel aandacht, iets wat in een PPC mogelijk niet vanzelfsprekend is omdat een (groot) deel van het personeel gewend is aan een reguliere detentiesetting met een meer controlerende dan motiverende houding. We komen hier ook op terug in het hoofdstuk Motivering.

2.7 Aanleren van basale vaardigheden

Een volgend aspect bij stabilisering dat van belang blijkt, is het aanleren van basale vaardigheden. Er is onderzoek gedaan naar de effecten van arbeid en sporten bij gedetineerden, maar deze studies hebben kleine onderzoeks aantallen (Hutchinson, Skrinar & Cross, 1999; Graffam et al., 2005; in EFP, 2008), hebben zich niet gericht op specifieke stoornissen (Knapen et al., 2003a, 2003b; in EFP, 2008) of zijn niet generaliseerbaar naar gedetineerden met een dubbele diagnose (Zhang, Roberts & Callanan, 2006).

Het EFP (2008) vindt dat het belangrijk is om regelmatig toezicht uit te oefenen op de woonomgeving van de patiënt. En hierbij te letten op hoe de patiënt voor zichzelf en zijn leefomgeving zorgt. Dit omdat verwaarlozing vaak in de directe leefomgeving begint en snel gesignaleerd moet worden. Wanneer blijkt dat een patiënt niet in staat is om zorg te dragen voor zijn persoonlijke hygiëne en de leefomgeving dan moet de patiënt hierbij passende steun krijgen.

Peters, LeVasseur en Chandler (2004) geven aan dat (na de eerste crisisinterventie) basale vaardigheden aandacht moeten krijgen (een gestructureerd dagprogramma en routine) en dat terugvalpreventie aandacht moet krijgen. Hiervoor kan individuele therapie of begeleiding ingezet worden, kunnen andere gedetineerden helpen (peer support) en kunnen interventies gegeven worden die gericht zijn op denkpatronen (het omzetten van criminele en antisociale denkpatronen en attitudes in pro-sociale denkpatronen). In de laatste fase van de opname zou de patiënt begeleid moeten worden bij het voorbereiden op de vrijlating en het contact leggen met extramurale instanties.

2.8 Omgaan met agressie jegens medewerkers

Het laatste aspect dat, blijkend uit de literatuur, van belang is bij stabilisering, is het omgaan met agressie van patiënten jegens personeel. Hoe te handelen na ernstige agressie van een patiënt jegens hulpverleners in de klinische forensische psychiatrie? Met deze vraag hebben Schreurs, Hummelen en Joldersma (2011, blz. 3) een ontwerpregeling gemaakt. Hierbij introduceren zij de volgende norm: "Bij ernstige fysieke agressie van een patiënt jegens een hulpverlener wordt de patiënt direct overgeplaatst naar een andere afdeling met zo nodig een hoger beveiligingsniveau". In de regeling wordt verder in stappen beschreven hoe men moet handelen na een ernstig incident en overplaatsing. Daarnaast wordt een overzicht gegeven met mogelijkheden voor uitplaatsing op korte termijn, waarbij rekening is gehouden met de rechtspositie van de patiënt. De juridische mogelijkheden zijn echter soms beperkt.

Er is ook een specifieke methode onderzocht die als doel heeft agressie van patiënten te verminderen. Dit is de 'Early Recognition Method' (ERM) die binnen de FPC Dr. S. van Mesdag met tbs-patiënten is onderzocht (Fluttert, Van Meijel, Nijman, Bjørkly, & Grypdonck, 2010). De ERM is een methode om de eerste tekenen van een terugval te kunnen opsporen en te kunnen bespreken met de patiënt aan de hand van een protocol. Dit met als doel agressie tegen medewerkers (en met name de verpleging) en incidenten te kunnen verminderen. Hoewel alleen nog resultaten bekend zijn binnen één setting (n=189) zijn de bevindingen veelbelovend op het gebied van veiligheid en risicomanagement. De resultaten laten zien dat de patiënten die met de methode in aanraking waren gekomen significant minder vaak werden opgesloten in isoleercellen. Daarnaast werd er een vermindering in ernst van incidenten (gemeten met de SOAS-R) gevonden in de post-interventie periode. Deze vermindering was met name te zien bij patiënten met alcohol- en druggebruik en met een persoonlijkheidsstoornis. Dit was ook het geval voor patiënten met schizofrenie, maar in iets mindere mate.

Ook in het Nederlandse gevangeniswezen is nagegaan hoe negatief gedrag van gedetineerden ontmoedigd kan worden door personeel en hoe positief gedrag gestimuleerd kan worden. Dit onderzoek laat zien dat het belonen van gewenst gedrag en vooral het negeren van negatief gedrag effectiever is dan het bestraffen van gedrag. Beloningen moeten vooral gezocht worden in immateriële zaken, zoals het geven van complimenten of meer vrijheden. Wat voor de ene persoon belonend is kan echter voor de ander een straf zijn. Het is dus belangrijk om per persoon bekrachtigers te zoeken. Een systeem voor het beïnvloeden van gedrag door personeel zou echter niet zozeer moeten gaan om belonen en straffen, maar veel meer om een positieve attitude van personeel en het aandacht schenken aan positief gedrag. Het is essentieel dat het zelfbeeld van gedetineerden positief bekrachtigd wordt (Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2009).

2.9 Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat de keuze voor een aantal maatregelen die door de PPC's worden getroffen met als doel stabilisering van patiënten te bereiken, wordt ondersteund door kennis uit wetenschappelijk onderzoek. Het betreft: het creëren van mogelijkheden voor beveiliging (met verschillende beveiligingsniveaus) en dwangmaatregelen, het creëren van een zorggericht en therapeutisch klimaat, het creëren van mogelijkheden voor crisismanagement, aanbieden van interventies gericht op stabilisering en het aanleren van basale vaardigheden. Uit het onderzoek blijkt dat deze aspecten van belang zijn voor een effectieve aanpak van de PPC-patiënten.

De wijze waarop de maatregelen door de PPC's zijn ingevuld zijn op hoofdlijnen beschreven, waardoor op grond van de documenten niet ingeschat kan worden in hoeverre de gebruikte methoden effectief zullen zijn. Wellicht kan inspiratie gevonden worden in de besproken literatuur bij verdere ontwikkelen of protocollering van methoden.

Het streven van de PPC's naar doorplaatsing van patiënten naar de GGZ wordt ondersteund wordt door kennis uit wetenschappelijk onderzoek: behandeling buiten de gevangenis zal over het algemeen meer kans op succes hebben dan behandeling binnen detentie. In de GGZ zijn recent maatregelen onderzocht die gericht zijn op dwangreductie en met name het voorkomen van het plaatsnemen van patiënten in een isoleercel, omdat schadelijke effecten kan hebben. Deze maatregelen kunnen ook worden toegepast in de PPC's en verdienen aandacht gezien de schadelijke effecten van het verblijven in een isoleercel.

Wat tevens uit de onderzoeksliteratuur naar voren komt als een belangrijk aandachtspunt voor stabilisering, is het omgaan met agressie jegens personeel. Het ligt voor de hand dat dit onderwerp wel aandacht krijgt in de PPC's, maar in de documenten wordt dit niet besproken. Het omgaan met agressie door personeel vraagt zeker aandacht, niet alleen om burnout bij personeel te voorkomen, maar ook omdat het gedrag van personeel van invloed is op het gedrag van de patiënten; personeel dient als pro-sociaal rolmodel voor patiënten.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur:

Zorg voor de volgende aspecten in de PPC's:

- Beveiliging met verschillende beveiligingsniveaus om veiligheid en structuur te kunnen bieden en om patiënten snel heen en terug te kunnen plaatsen (liefst ook van en naar de GGZ).
- Crisismanagement gericht op stabilisatie van psychiatrische problematiek. Gebruik crisisteam die toezien op de psychische en medische behoeften van patiënten en een fasegewijze of een stapsgewijze aanpak gebruiken. Gebruik de multidisciplinaire richtlijnen.
- Methoden voor dwang en methoden om dwang te reduceren. Veelbelovende methoden lijken bijvoorbeeld 'contact tijdens de eerste vijf minuten' en 'moreel beraad' die in de GGZ worden gebruikt.
- Een zorggericht en therapeutisch klimaat. De kans op een succesvolle behandeling is groter in een omgeving die zo min mogelijk beperkend is. Gebruik aanknopingspunten uit de (Nederlandse en internationale) literatuur over hoe dit klimaat zo goed mogelijk bereikt kan worden.
- Het aanleren van basale vaardigheden, waarbij patiënten leren beter voor zichzelf te zorgen.
- Het omgaan met agressie jegens personeel. Zorg niet alleen voor het voorkomen van burnout bij personeel, maar ook voor een pro-sociaal rolmodel van personeel voor patiënten. Licht medewerkers goed voor, zodat zij misverstanden bij patiënten kunnen wegnemen, informatie kunnen verstrekken over behandelmethodes, stereotype attitudes kunnen verminderen en patiënten ontvankelijker kunnen maken voor verandering. Geef de opleiding en voorlichting van personeel in het omgaan met de patiënten als pro-sociaal rolmodel nog meer prioriteit.

3. Diagnostiek

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de definitie en het doel van diagnostiek. Daarna wordt beschreven wat bekend is over methoden voor screening en diagnostiek van psychiatrische problematiek. Vervolgens worden methoden beschreven waarmee andere risicofactoren voor crimineel gedrag en beschermende factoren kunnen worden ingeschat. Ten slotte worden enkele kanttekeningen en randvoorwaarden bij het verrichten van diagnostiek toegelicht.

3.2 Definitie en doel van diagnostiek

In de beschrijving van zorgprogramma's van gedetineerden met psychiatrische problemen (Trimbos, 2008, blz. 16³) wordt over diagnostiek het volgende vermeld: "Diagnostiek bestaat uit het vaststellen van de aard, omvang en beloop van de problemen, de factoren die de problemen beïnvloeden, verbeteringen in de weg staan of juist faciliteren. Doel van diagnostiek is het vinden van de juiste zorg voor de patiënt. Het ziektebeeld heeft betekenis voor de meest wenselijke behandeling en daarnaast ook voor de noodzakelijke zorg (het wenselijke therapeutische klimaat) en de noodzakelijke beveiliging. Bijzondere aandacht zal moeten uitgaan naar comorbiditeit."

Het doel van diagnostiek is dus vooral om te kunnen bepalen welke zorg en behandeling moet worden geboden. De eerste noodzakelijke stap daarbij is diagnose (Lurigio, 2011). Elke stoornis vereist immers een andere aanpak of behandeling (o.a. Hodgins, 2001; in Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008). Ook in het handboek Forensische geestelijke gezondheidszorg (Bloem, Nijman, & Bulten, 2011, in: Groen, Drost, & Nijman, 2011) wordt onderschreven dat vroegtijdige onderkenning van psychiatrische problematiek bij gedetineerden van belang is voor behandeling.

In dit rapport maken we onderscheid tussen verschillende typen diagnostiek:

- Diagnose van medische problematiek
- Screening van psychiatrische problematiek
- Diagnose van psychiatrische problematiek
- Inschatting van andere risicofactoren en beschermende factoren voor crimineel gedrag.

Hieronder wordt ingegaan op de diagnostiek die valt onder b, c en d. Op het eerste onderwerp, medische diagnostiek, gaan we niet verder in. Medische diagnostiek is voor de PPC's niet anders dan voor de reguliere PI's. We volstaan hier dan ook met verwijzing naar de gangbare medische richtlijnen.

3.3 Screening van psychiatrische problematiek

Bloem, Nijman en Bulten (2011), geven in het handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg (Groen, Drost, & Nijman (Red.), 2011) aan dat een routinematige screening van alle gedetineerden (dus niet alleen in de PPC's) bij binnenkomst behulpzaam kan zijn, zeker omdat dit zeer weinig tijd in beslag neemt (ongeveer 5 minuten). Tevens vereist het gebruik van screeningsinstrumenten weinig extra training van medewerkers en kan het de waakzaamheid op psychopathologie op de werkvloer onder medewerkers vergroten (Scott, 2010). Scheyett en Vaughn (2009) voegen hieraan toe dat bij een positieve diagnose gedetineerden een uitgebreidere diagnostiek moeten krijgen en dat tevens de screeningsprotocollen ook het risico op suicide moeten kunnen vaststellen.

Er zijn verschillende screeningsinstrumenten voor screening van psychiatrische stoornissen bij gedetineerden, zoals de Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS; Soyez, De Wilde, Vandeveld, Vander Beken, Todts, & Broekaert, 2010; Steadman, Scott, Osher, Agnese, & Robbins, 2005; Lurigio, 2011) en de Correctional Mental Health Screen (CMHS; Ford et al, 2009).

3.4 Diagnose van psychiatrische problematiek

Het doel van psychiatrische diagnostiek is het verklaren en begrijpen van de toestand van de patiënt en het inzetten van een doeltreffende behandeling. Diagnostiek omvat een groot aantal aspecten. Het gaat niet alleen om het vaststellen van de symptomen in hun samenhang en hun ontwikkeling, maar ook om de mogelijke lichamelijke en psychische oorzaken van de aandoening, de sterke en zwakke kanten van de persoonlijkheid van de patiënt en het gedrag van de patiënt in relatie tot het in stand houden danwel oplossen van de problemen (Hengeveld, in: Hengeveld & Schudel, 1997). Om tot diagnose te komen is uitgebreid onderzoek door de arts nodig, die anamnese, heteroanamnese en onderzoek (observatie, exploratie en testen) uitvoert, de gegevens ordent, samenvat en de relevantie ervan weegt. Vooral deze subjectieve weging van de informatie vereist psychiatrisch inzicht en ervaring (Leidraad).

Momenteel wordt vaak de DSM gebruikt (DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, American Psychiatric Association, 1994; DSM-IV-TR (tekstversie), 2000) om psychiatrische stoornissen te classificeren. Voor licht verstandelijk gehandicapten is een aanpassing gemaakt, de DM-ID (Diagnostic Manual-Intellectual Disability; Fletcher, Havercamp, Ruedrich, Benson, Barnhill, Cooper, & Stavrakaki, 2009).

Classificatie van psychiatrische problematiek

"In de hedendaagse psychiatrie worden psychopathologische symptomen samengevat tot één geheel en geïntegreerd om tot een diagnose te komen. Deze verzameling is dan iets dat vaker voorkomt als een herkenbaar toestandsbeeld, waarvoor bepaalde behandelmethoden vereist zijn (Reedijk, 1998). Classificatie van psychopathologische verschijnselen is niet het in hokjes plaatsen van mensen, maar het ordenen van menselijke gedragingen, ervaringen, belevingen en eigenschappen. Classificatie maakt het mogelijk de verschijnselen te ordenen die zich voordoen bij mensen met psychische problematiek. Het doel van een dergelijk systeem is allereerst om een duidelijke beschrijving te kunnen geven van de problematiek en om overeenkomstige problemen te kunnen herkennen. Daarnaast kan zo'n beschrijving aanknopingspunten bieden voor behandeling." Uit Posthuma, Vos en Kerkmeester (2003, blz. 13).

De DSM-IV is een classificatiemethode waarmee stoornissen in categorieën worden ingedeeld. Aan classificering kleven risico's. Het gevaar van dergelijke classificering is dat er ten onrechte een te groot waarheidsgehalte wordt toegekend aan de indeling in ziektebeelden: de gesignaleerde problematiek wordt tot soms zeer globale ziekte-eenheden gereduceerd. Anderzijds biedt classificering het voordeel dat patiëntgegevens benut kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek (Hengeveld, in: Hengeveld & Schudel, 1997). Het classificeren van stoornissen en afname van vragenlijsten alleen is niet voldoende om tot een betrouwbare en valide diagnose te komen; er is uitgebreid onderzoek en observatie nodig. Psychiatrisch onderzoek kan alleen gedaan worden door artsen met voldoende kennis van de symptomatologie van de verschillende psychiatrische ziektebeelden.

Om een stoornis specifiek te diagnosticeren en informatie te krijgen over de ernst, comorbiditeit, vaardigheden en omgevingsfactoren zijn aanvullende klinische assessmentinstrumenten nodig (screeningsinstrumenten, zelfrapportagevragenlijsten, gestructureerde interviews, observatielijsten, intelligentietesten, persoonlijkheidstesten; Nimwegen, in: Hengeveld & Van Balkom, 2005). Het Trimbos-instituut heeft al een overzicht gemaakt van instrumenten die worden aanbevolen voor de PPC-doelgroep.

Onderzoek toont aan dat er internationaal een grote variatie aan instrumenten en methoden is (Shaw, Tomenson, & Creed, 2003; Scheyett & Vaughn, 2009; Timmerman & Emmelkamp, 2001; in Vandeveld, Soyez, Vander Beken, De Smet, Boers & Broekaert, 2011; Ruiz, Peters, Sanchez & Bates, 2009, in Soyez et al., 2010). Dit maakt het moeilijk om onderzoeksgegevens te kunnen vergelijken en interpreteren. Daarnaast zijn er veel studies die belangrijke variabelen zoals leeftijd, ethische achtergrond, sociaal-economi-

sche status en comorbiditeit veronachtzamen. Daarom wordt door sommige onderzoekers geadviseerd bestaande gestructureerde gestandaardiseerde interviews af te nemen om verkeerde of ongedetecteerde diagnoses te voorkomen (Rogers, Jackson, Salekin, & Neuman, 2003; in Vandeveld et al., 2011). Uit onderzoek blijkt namelijk dat het risico op over-diagnose⁴ bij gedetineerden reëel is (Heilig, Forslund, Asberg & Rydberg, 2002; Peters & Bartoi, 1997; in Soyez et al., 2010). Uit ander onderzoek blijkt echter dat middelen-gebruik en psychiatrische stoornissen vaak onder-gediagnosticeerd⁵ blijven. Dit komt vooral doordat de vragenlijsten vaak niet gevalideerd zijn voor gedetineerden met een dubbele diagnose en men in gevangenissen vaak te maken heeft met praktische (onvolledige patientendossiers) en financiële moeilijkheden (Black et al., 2004; in Soyez et al., 2010). Om dus te voorkomen dat stoornissen onterecht worden gediagnosticeerd of niet worden onderkend is het belangrijk om instrumenten te valideren voor gedetineerden met een dubbele diagnose. Bovendien is het zoals hiervoor vermeld essentieel dat diagnostiek wordt uitgevoerd door een ervaren behandelaar (psychiaters, psychologen); alleen het afnemen van vragenlijsten zal onvoldoende zijn om een valide diagnose te stellen (zie: Hengeveld & Schudel, 1997).

Het Trimbos-Instituut adviseert het gebruik van de volgende instrumenten voor gedetineerden in Nederland met psychiatrische problematiek (Trimbos, 2008):

- Voor de diagnose van psychiatrische problematiek: gestructureerde interviews, de Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First et al., 1997) of de Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan, 1998).
- Bij vermoeden van een specifieke stoornis: specifieke instrumenten zoals beschreven in de publicatie van Giesbrecht, De Ruiter en Jelicic (2008; in Trimbos, 2008) (vanwege de grote hoeveelheid stoornissen en methoden volstaan we met deze verwijzing).
- Bij een onduidelijke hulpvraag: Camberwell Assessment of Needs (CAN; Phelan et al, 1995), de anamneselijst van Gordon (Gordon, 1996) en de zorgaanbodsschaal (ZAS; Van der Werf, 1994).
- Voor gedetineerden met een duidelijke hulpvraag: de Structured Inventory for Malingered Symptomatology (SIMS; Merckelbach, Koeyvoets, Cima, & Nijman, 2001).
- Voor gedetineerden met een psychotische stoornis: onder andere de Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH; Andreasen, 1987) en Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN; Wing et al., 1990).
- Voor gedetineerden met een angststoornis: onder andere de Sociale Angst Schaal (SAS; Willems, Tuender-de Haan & Defares, 1973)
- Voor een stemmingsstoornis: onder andere de Interventie Studie Eerste Lijn screeningsvragenlijst (INSTEL-screeningsvragenlijst; Tiemens et al. 1995) en de Vragenlijst voor Bipolaire Stoornissen (QBP-NL; Akkerhuis, Groenesteyn & Nolen, 1997; in Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen, 2005).

³ De zorgprogramma's worden momenteel verder ontwikkeld door de PPC's.

⁴ De diagnose dat iemand een stoornis heeft, terwijl dat niet zo is.
⁵ Het niet onderkennen dat iemand een stoornis heeft.

- Voor een persoonlijkheidsstoornis: onder andere de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003).
- Voor verslavingsproblematiek: MATE-CRIMI (Schippers, G. M., & Broekman, T. G. (2010).
- Voor een licht verstandelijke beperking zie Leidraden Beeldvorming, Begeleiding en Behandeling van het Samenwerkingsverband NIP/NVO Gehandicaptenzorg (Geus, 2005).

Het is ook van belang om te weten wat het intelligentieniveau van patiënten is, zodat daarmee rekening gehouden kan worden in de begeleiding en behandeling. Schattingen in Nederland geven weer dat triple-problematiek ⁶ veel voorkomend is. Bij gedetineerden wordt echter zelden een intelligentietest afgenomen. Een Nederlands onderzoek naar de haalbaarheid van prevalentie-onderzoek naar verstandelijke beperking in detentie adviseert de Wechsler Adult Intelligence Scale, Dutch edition (WAIS-III-NL; Wechsler, 2005) voor autochtonen, waarbij een eerste screening plaats kan vinden met de verkorte Groninger Intelligentie Test (GIT2; Luteijn & Barelds, 2004) en met de Snijders-Oomen niet-verbale intelligentietest (SON-R 6-40, Tellegen & Laros, 2011) voor autochtone gedetineerden. Ook wordt door het Trimbos instituut (2008) voor het meten van intelligentie de WAIS-III-NL aanbevolen (Ten Wolde, 2006; Trimbos, 2008).

3.5 Inschatting van andere risicofactoren en beschermende factoren

Om recidivevermindering te bereiken is niet alleen het inschatten van de psychiatrische problematiek nodig, maar ook een inschatting van andere risicofactoren en beschermende factoren (factoren die gerelateerd zijn aan delictgedrag, zoals bijvoorbeeld huisvesting, financiën, antisociale attitudes, antisociale vriendenkring, denkfouten) (zie Monahan, 1984, in Lodewijks, 2008; Bonta, 2007; Campbell et al., 2007; in: Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008). Recent Amerikaans onderzoek (Ruiz, Douglas, Edens, Nikolova, & Lilienfeld, 2012) geeft ook aan dat bij de assessment van gedetineerden met een dubbele diagnose naar zo veel mogelijk risicofactoren gekeken moet worden.

Risicofactoren kunnen ingeschat worden met behulp van zogenoemde risicotaxatie-instrumenten. De kans op crimineel gedrag kan beter voorspeld worden als gebruik wordt gemaakt van op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde gestructureerde risicotaxatiemethoden dan op basis van een ongestructureerd professioneel oordeel (Monahan, 1984, in Lodewijks, 2008; Bonta, 2007; Campbell et al., 2007; in: Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008). De gestructureerde risicotaxatie-instrumenten gebruiken factoren waarvan met wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat zij gerelateerd zijn aan crimineel gedrag (de ‘criminogene factoren’) en waarover informatie verkregen kan worden. Er zijn twee soorten

factoren; ‘statische factoren’ en ‘dynamische factoren’. Statische factoren (ook wel historische factoren genoemd) zijn factoren die onveranderbaar of maar in één richting veranderbaar zijn (zoals leeftijd of het aantal gepleegde delicten, dat alleen maar gelijk kan blijven of meer kan worden). Dynamische factoren zijn in principe veranderbaar (zoals drugsgebruik, cognitieve vaardigheden, omgang met familie en vrienden of gedrag binnen detentie). Als enkel statische factoren in beeld worden gebracht kan wel het risico op crimineel gedrag worden ingeschat, maar zijn er geen aanknopingspunten voor eventueel benodigde gedragsinterventies en/of begeleiding. Het in kaart brengen van dynamische risicofactoren geeft zowel zicht op de achterliggende problematiek van de delinquent als aanknopingspunten voor de benodigde aanpak. Harte en Breukink (2010) geven aan dat risicotaxatie-instrumenten naast het geven van betere voorspellingen, ook laten zien hoe een beoordeling van het recidivegevaar is opgebouwd. Deze informatie maakt de factoren inzichtelijk voor het behandelteam en de gedetineerde zelf. Daarnaast maken risicotaxatie-instrumenten het mogelijk om herhaalde metingen te doen, waarna te zien is of vooruitgang is geboekt.

Daarnaast moeten ‘beschermende factoren’ meegenomen worden in de risicotaxatie (Douglas et al., 2001; Farrington & Loeber, 2000; Miller, 2006; Rogers, 2000; in De Ruiter & Nicholls, 2011). Deze beschermende factoren helpen het risico op crimineel gedrag in te schatten en kunnen een inschatting maken van de therapietrouw door meer de nadruk te leggen op de positieve aspecten van een patiënt. Tevens kan het meenemen van de beschermende factoren zowel de medewerkers als de patiënt zelf meer motiveren, wat kan leiden tot een uitgebreidere risicotaxatiemanagement en betere communicatie op het gebied van risico.

Er is veel onderzoek gedaan naar de ontwikkeling en validiteit van risicotaxatie-instrumenten, zo ook in Nederland. Een overzicht van de instrumenten die in de TBS gebruikt worden (o.a. de PCL-R, SVR-20, HCR-20 en HKT-30 ⁷) is te vinden in Nagtegaal (2010), Joke & Breuking (2010) en in Plaisier & Van Ditzhuijzen (2008). Risicotaxatie-instrumenten waarbij de ‘beschermende factoren’ zijn meegenomen zijn bijvoorbeeld de Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF; Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2009) en de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004). In de reguliere PI’s wordt het risicotaxatie-instrument Risico Inschattingsschalen (RISc, (Adviesbureau Van Montfoort & Reclassering Nederland, 2004) gebruikt. Als uit de RISc naar voren komt dat sprake is van psychische problematiek zal een psychiater aanvullende diagnostiek moeten stellen. In aansluiting op de RISc is een instrument (MATE-CRIMI; Schippers, Broekman, & Buchholz, 2007) ontwikkeld die de ernst van verslaving kan vaststellen en inzicht geeft of er naast de verslaving sprake is van andere psychi-

sche problematiek. In het buitenland wordt ook de Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA; Winters & Zenilman, 1994) gebruikt voor de screening van drugs- en alcoholgebruik. Ook worden de Addiction Severity Index (ASI) aangeraden voor diagnostiek van verslavingsproblematiek en de Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnosepatiënten (Posthuma & Kerkmeer, 2003).

In diverse internationale artikelen wordt gesteld dat er te weinig consistentie is in het gebruik van instrumenten voor diagnose en risicotaxatie in forensische settings (Yiend et al., 2011; Fitzpatrick et al., 2010; in Chambers, Yiend, Barrett, Burns, Doll, & Fazel, 2009).

De risicofactoren die recidive voorspellen van mensen met ernstige psychiatrische problematiek zijn dezelfde risicofactoren die recidive voorspellen van mensen zonder psychische problematiek (Bonta, Law, & Hanson, 1998; Skeem, Eno Loudon, Manchak, Vidal, & Haddad, 2008; in Lurigio, 2011). Australisch onderzoek naar het risicotaxatie-instrument de Level of Service Inventory-Revised: Screening Version (LSI-R:SV) laat echter zien dat tevens rekening gehouden moet worden met de mate van drugs- en alcoholgebruik (Ferguson, Ogloff & Thomson, 2009). De LSI-R:SV is de verkorte versie van de LS/CMI. Het is een bruikbaar instrument om zowel niet-gewelddadige als gewelddadige recidive te voorspellen bij gedetineerden met psychiatrische stoornissen. De korte screeningslijst LSI-R:SV blijkt echter geen goede voorspeller van recidive te zijn wanneer er naast de psychiatrische problematiek sprake is van ernstige drugs- en alcoholgebruik. Er is geen onderzoek gevonden naar de volledige versie van de LSI voor psychiatrische gedetineerden.

3.6 Randvoorwaarden

Diagnostiek in de PPC’s is niet eenvoudig. De PPC’s hebben te maken met een doelgroep met veel verschillende psychiatrische problematiek. Tevens is in veel gevallen sprake van een verslaving. Veel van de patiënten binnen de PPC’s zijn van allochtone afkomst. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met een beperkt ziektebesef, lage motivatie en de voorgeschiedenis van de patiënt. De diagnose in de PPC’s wordt hierdoor bemoeilijkt. Zelfrapportagevragenlijsten zijn voor veel patiënten een uitdaging, instrumenten zijn niet altijd gevalideerd voor deze doelgroep en zijn niet cultuurvrij en bovendien is er de kans op simulatie ⁸.

De mate van standaardisatie, de gebruikte methodes en het kennisniveau/professionaliteit van de medewerkers en met name de psychiater zijn de belangrijkste criteria voor het verrichten van diagnostiek bij gedetineerden met psychiatrische problematiek (Eupris, 2007; Lurigio, 2011). Enkele veel voorkomende problemen daarbij zijn: gebrek aan goed opgeleide forensisch-psychiatrische experts; de moeilijke relatie tussen de ethische aspecten van psychiatrische behandeling en de strafrechtelijke regels en

procedures, de problematiek rondom het organiseren van psychiatrische observatie in een forensische setting (bijv. gebrek aan een forensisch team in een penitentiaire instelling) en de problemen die horen bij risicotaxatie (Dressing & Salize, 2006; Gaughwin, 2004; Heimans, 2007; Moore, 2004; Pham, Ducro, Marghem, & Réveillère, 2005; van Marle & Van der Kroft, 2007; in Vandeveldte et al., 2011).

Om een adequate diagnose te kunnen stellen moet rekening gehouden te worden met de onderstaande randvoorwaarden (EFP, 2008):

- De diagnose zou gevormd moeten worden door een anamnese (onderzoek op functiegebieden andere klachten) en een heteroanamnese (onderzoek bij familie of derden van de gedetineerde).
- Daarnaast is het van belang persoonlijkheidskenmerken, psychopathologie, intellectuele capaciteiten, vaardigheden en interesses, cognitieve functiestoornissen te onderzoeken.
- Een diagnostiek onderzoek moet in ieder geval de volgende onderdelen bevatten: dossieronderzoek, medisch-somatisch onderzoek, onderzoek door een psycholoog, psychiater en vaktherapeut, observatieonderzoek en onderzoek naar zorgvragen en –behoeften van de patiënt.
- Een diagnostisch onderzoek dient niet afgenomen te worden tijdens een acute fase van psychose, omdat positieve symptomen een vertekend beeld kunnen geven. Een neuropsychologisch onderzoek dient alleen uitgevoerd te worden bij patiënten die gestabiliseerd zijn (Hodgins et al., 2007b; in EFP, 2008).
- Om veranderingen en verbeteringen te kunnen monitoren zijn herhaalde diagnostische onderzoeken nodig.
- De patiënt wordt actief betrokken bij het onderzoek. Er moet rekening gehouden worden met de hulp- en zorgvragen, behoeften en motivatie van de patiënt. Deze worden opgenomen in het behandelplan.

In een onderzoek van Nagtegaal (2010) naar risicotaxatie-instrumenten en risicotaxatiemanagement in TBS-instellingen worden ook aanbevelingen gedaan. Dit zijn de volgende:

- Landelijke opleiding in één verplicht risicotaxatie-instrument.
- Verplichten van gebruik van instrument met beschermende factoren, zoals de SAPROF.
- Meer aandacht voor (dynamische) klinische en toekomstfactoren in risicotaxatie-instrumenten.
- Meer eisen stellen aan de kwaliteit van de beoordelingen (zie voor het belang van training van personeel ook Vandeveldte et al., 2011).
- Meer bekendheid bij rechtbank en advocatuur over nut en waarde van risicotaxatie.
- Landelijk stramien voor verlengingsadviezen waarin risicotaxatie goed is geïntegreerd.

⁶ Triple-problematiek: justitiabelen met psychische stoornissen, problematisch drugsgebruik en een licht verstandelijke handicap, zie Wits, Kaal, & Van Ooyen-Houben (2011).

⁷ Sexual violence risk (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; Nederlandse vertaling: Hildebrand, de Ruiter & van Beek, 2001).

Historical Clinical Risk Management-20 (HCR- 20; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997; Nederlandse vertaling: Philipse, de Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000)

Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT- 30; Ministerie van Justitie, 2002)

⁸ Het voorwenden of verzwaren van de klachten met het oogmerk daarmee voordeel te behalen.

Tot slot is het van belang te vermelden dat onderzoekers erop wijzen dat beoordelaars voorzichtig moeten zijn met het gebruik van risicotaxatie-instrumenten, omdat het met de huidige instrumenten niet mogelijk is om 100% accurate voorspellingen te doen over individuen (Harte, 2007; Van Koppen, 2008; in: Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2008). Het doel van de instrumenten is de onzekerheidsmarge bij beslissingen zo klein mogelijk te maken en tot een zo goed mogelijk onderbouwde en objectieve beslissing te komen, waarbij alle delinquenten volgens dezelfde methode worden beoordeeld. Deskundigen pleiten er voor om risicotaxatie-instrumenten niet enkel te gebruiken om beslissingen mee te nemen (bijvoorbeeld over verlop), maar vooral om richting te geven aan de begeleiding van de delinquenten.

3.7 Conclusie

Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat een accurate diagnose essentieel voor de PPC's. Hiermee kan bepaald worden welke behandeling passend is. De literatuur laat zien dat voor diagnose van psychiatrische stoornissen de DSM-IV gangbaar is. Daarnaast worden aanvullende instrumenten beschreven die nodig zijn om een specifieke stoornis te kunnen vaststellen. Het is essentieel dat het uitgebreide psychiatrische onderzoek uitgevoerd wordt door ervaren psychiaters.

Om niet alleen de psychiatrische problematiek te verminderen maar ook recidive te verminderen, is het nodig om ook andere criminogene risicofactoren in beeld te brengen, alsmede beschermende factoren. Uit onderzoek komt duidelijk naar voren dat gestructureerde en gevalideerde methoden voor risicotaxatie van deze factoren betrouwbaarder zijn dan een ongestructureerd professioneel oordeel van reclasseringsmedewerkers of gevangenispersoneel. Er bestaan verschillende instrumenten. Voor de PPC's kan inspiratie verkregen worden bij de risicotaxatie-instrumenten RISC en MATE-CRIMI (die in reguliere PI's gebruikt worden en dus voor een aantal PPC-patiënten al zullen zijn afgenomen) en instrumenten die in de TBS gebruikt worden (zoals de HCR-20, HKT-30, PCL-R, SVR-20, SAPROF, START). Het is essentieel dat de instrumenten die gebruikt worden voor diagnose en inschatting van criminogene factoren gevalideerd worden voor de doelgroep van de PPC's. Bovendien is het van belang dat personeel goed wordt geschoold in de afname van de instrumenten en dat zo nodig opnieuw diagnose wordt gesteld.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur:

- Zorg voor accurate diagnose van psychiatrische problematiek bij binnenkomst van patienten, waarmee bepaald kan worden welke behandeling passend is. Gebruik hierbij de DSM-IV en aanvullende instrumenten en richtlijnen en laat deze gebruiken door daarvoor geschoold en ervaren personeel.
- Doe ook risicotaxatie van andere criminogene risicofactoren, alsmede beschermende factoren. Ontwikkel en/of gebruik gestructureerde en gevalideerde methoden voor risicotaxatie van deze factoren. Ga na welke instrumenten geschikt zijn of aangepast kunnen worden voor de PPC's en sluit aan op de forensische zorg. Doe inspiratie op bij de bestaande instrumenten RISC en MATE-CRIMI (die in reguliere PI's gebruikt worden en dus voor een aantal PPC-patiënten al zullen zijn afgenomen) en instrumenten die in de TBS gebruikt worden (zoals de HCR-20, HKT-30, PCL-R, SVR-20, SAPROF, START). Zorg voor validering van het instrumentarium, met name ook voor allochtone patienten en degenen met een verstandelijke handicap.

4. Motiveren

4.1 Inleiding

Wanneer er sprake is van drang of dwang, zoals in de PPC's, vraagt het motiveren van patiënten voor behandeling extra aandacht. Sterker nog, uit onderzoek blijkt dat het motiveren van patiënten voor behandeling, het verkrijgen van inzicht en de wil om nu echt te willen veranderen, essentieel is voor het behandelresultaat. We gingen hier al kort op in in hoofdstuk 2 over Stabiliseren. Daarbij werd ook aangegeven dat dwang en drang van invloed zijn op motivatie en dat het niet alleen gaat om objectieve dwang, maar ook om ervaren, subjectieve dwang. Delinquenten die minder dwang ervaren hebben een grotere motivatie voor behandeling, en recidiveren minder dan delinquenten die meer dwang ervaren. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op theorieën over en methoden voor motivering. Vooraf moet vermeld worden dat het meeste onderzoek is gedaan onder verplichte afkickprogramma's voor verslaafde delinquenten en veel minder over forensisch psychiatrische delinquenten. Hierdoor zullen niet alle bevindingen zonder meer toepasbaar zijn voor de PPC's.

4.2 Wat is motivatie?

De diverse motivationele processen die een rol (kunnen) spelen bij therapie- en behandelprogramma's worden met meerdere namen aangeduid. Dit veelvoud aan concepten met elk hun eigen meetmethode, maakt het lastig om verschillende onderzoeken te vergelijken en bijvoorbeeld conclusies te trekken over de relatie tussen Motivatie en Behandel-effectiviteit. De metingen die er zijn kunnen vaak ook niet zomaar gebruikt worden binnen een andere behandelsetting of voor een andere klinische populatie. Gegevens over betrouwbaarheid en validiteit ontbreken doorgaans (maar zie Gudjonsson, Young, & Yates, 2007; McMurran et al., 1998).

Drie veelgenoemde concepten zijn (Therapeutic) Engagement (betrokkenheid bij de therapie, meedoen), Motivatie, en Readiness (gevoelde noodzaak tot therapie, 'eraan toe zijn'). Readiness wordt hierbij gezien als voorwaarde voor Engagement (McMurran & Ward, 2010). Hetzelfde geldt voor Motivatie (Drieschner, Lammers, & Van der Staak, 2004). Een lage Engagement hoeft niet gelijk te staan aan een lage Motivatie: een patiënt kan zich wel anders willen gedragen maar kan toch weinig fiducia hebben in de therapie (Howells & Day, 2007).

Van deze drie concepten is Motivatie het meest besproken, maar tegelijk ook minst duidelijk afgebakende concept. Zo wordt Motivatie in een onderzoek van Welsh en McGrain (2008) geoperationaliseerd met een Treatment Readiness schaal en onderscheidt Vanhoeck (2002) wel elf motivatiedimensies die bij een cliënt in kaart kunnen worden gebracht om zicht te krijgen op de mate van Motivatie. Hodge en Renwick adviseren dan ook om Motivatie niet als een enkel construct te zien (2002), terwijl Drieschner en collega's zelfs spreken over een bijna chronische ambivalentie omtrent het concept Motivatie (2004, p. 1116). Drieschner et al. bespreken verschillende oorzaken van deze conceptuele verwarring. Zo kan Motivatie slaan op de Motivatie om in therapie te gaan of op de Motivatie om de huidige therapie voort te zetten. In het laatste geval kunnen we echter ook van Engagement spreken. In weer andere gevallen doelt men op de Motivatie tot veranderen waarbij het belangrijk is om een wens of verlangen tot verandering (niet meer depressief zijn) te onderscheiden van een concrete gedragsmotivatie (stoppen met drinken). De elf motivatiedimensies die onderscheiden worden door Vanhoeck (2012) tonen ook aan dat men verschillende dingen bedoelt wanneer men spreekt over Motivatie.

Naast de verwarring over het concept Motivatie zelf, komen we in de literatuur veel concepten tegen die motivationeel van aard zijn maar waarbij onduidelijk is hoe zij zich tot het concept Motivatie verhouden. Zijn het oorzaken van Motivatie of juist gevolgen van Motivatie of is het onderdeel van het concept Motivatie zelf? Voorbeelden van dergelijke concepten die gerelateerd worden aan Motivatie zijn de eerder genoemde Engagement en Readiness. Het is lastig om door de bomen het bos te zien. Binnen de conceptualisatie van Motivatie is er wel een verschuiving opgetreden. Eerst werd Motivatie als min of meer stabiele trek gezien. Het vroegtijdig beëindigen van een therapie werd dan gezien als het gevolg van een gebrek aan motivatie van de cliënt. Tegenwoordig is er meer aandacht voor de rol van situationele (extrinsieke) factoren (geld, geschiktheid van de therapie) en intrinsieke factoren waar de cliënt geen controle over heeft (cognitieve vaardigheden, zelfcontrole). Zo is er een meer dynamische kijk op Motivatie ontstaan en is Motivatie niet meer een stabiel gegeven, maar iets dat kan fluctueren in de tijd. Een voorbeeld van een meer dynamische conceptualisatie van Motivatie kan gevonden worden in het MORM-model (Ward et al., 2004; in McMurran & Ward, 2010), Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2002) en het Stages of Change Model (Prochaska en DiClemente, 1983) die later in dit hoofdstuk worden besproken.

4.3 Modellen voor motivatie

4.3.1 Het conceptuele framework van Motivatie van Drieschner et al. (2004)

De Nederlandse onderzoeker Drieschner en collega's (2004) definiëren Treatment Motivation als de motivatie om je in te zetten voor de behandeling. Hierbij is de inzet voor de behandeling zelf de Engagement. Motivatie tot behandeling wordt gezien als antecedent van Engagement. Verder geven de auteurs een overzicht van de belangrijkste determinanten van Motivatie die in de literatuur worden onderscheiden, waaronder Lijdensdruk, Uitkomstverwachtingen (Outcome Expectancy), Probleemherkenning (Recognition), Gepercipieerde geschiktheid van de behandeling, Gepercipieerde kosten van de behandeling en Gepercipieerde externe druk. Motivatie wordt hierbij gezien als een interne, subjectieve factor.

De auteurs erkennen dat ook externe factoren invloed kunnen hebben op de motivatie van de cliënt, maar stellen dat deze invloed altijd zal gaan via bovengenoemde interne determinanten. Het is dan bijvoorbeeld niet relevant of een therapie vrijwillig of verplicht is, maar wel relevant is hoe de cliënt dit ervaart. De determinanten beïnvloeden de 'Motivation to Engage in Treatment' welke op haar beurt weer de Treatment Engagement beïnvloedt. Treatment Engagement ten slotte bepaalt de uitkomst van de therapie. Deze her-conceptualisatie van Motivatie biedt behandelaars handvatten wanneer het gaat om het in kaart brengen van de voorwaarden voor een geslaagde therapie. Hiervoor is het echter wel noodzakelijk dat er betrouwbare en valide meetmethoden ontwikkeld worden waarmee de behandelaar de determinanten kan meten. Overigens noemen de auteurs dat er ook dan weer conceptuele problemen zullen ontstaan omdat sommige van de determinanten met elkaar zullen samenhangen en niet heel goed van elkaar onderscheiden kunnen worden. Desalniettemin bieden de determinanten de behandelaars een belangrijk instrument en ingang voor gesprek met de cliënt.

4.3.2 Het Multifactor Offender Readiness Model van Ward et al. (2004)

Het conceptuele framework van Motivatie van Drieschner et al. (2004) heeft veel weg van het Multifactor Offender Readiness Model (MORM; Ward et al., 2004; in McMurrin & Ward, 2010). Dit model beschrijft hoe allerlei factoren tezamen de Readiness voor een behandeling beïnvloeden. Motivatie is hierbij een van de determinanten van Readiness. Er worden in dit model intrinsieke en extrinsieke factoren onderscheiden. Bij intrinsieke factoren gaat het om cognitieve factoren (overtuigingen, verwachtingen), affectieve factoren (gevoelens), identiteit (o.a., waarden), gedragsfactoren (o.a., bepaalde vaardigheden die nodig zijn in de behandeling), en wilsfactoren (motivatie). Extrinsieke factoren zijn omstandigheden, locatie (bijvoorbeeld de gevangenis), kans, bronnen, steun, en programma (behandeling). Tezamen vormen de intrinsieke en

extrinsieke factoren de zogenaamde Readiness Condities die nodig zijn. De mate waarin aan deze condities of voorwaarden is voldaan, beïnvloedt de mate van Engagement in de behandeling die op zijn beurt weer de Uitkomst van de behandeling beïnvloedt (Program Performance). Overigens lijkt het erop dat een deel van de determinanten die in het MORM-model de mate van Readiness bepalen, in het model van Drieschner et al. (2004) de mate van Motivatie bepalen. Er lijkt dus een zekere overlap te zitten tussen beide modellen. Belangrijk is dat beide modellen de Engagement, dat wil zeggen de daadwerkelijke betrokkenheid met de therapie (actief meedoen, huiswerk maken, komen opdagen etc.) zien als voorspellen van de uitkomst van de therapie. Motivatie of Readiness is een antecedent van Engagement. Wanneer men dus de kansen dat een therapie slaagt, wil verhogen, is het belangrijk om eerst na te gaan of aan alle condities voor Motivatie en Readiness is voldaan. Een belangrijk verschil tussen beide modellen is dat het MORM-model de invloed van externe of extrinsieke factoren meer expliciteert dan het motivatie-model. Op deze rol van extrinsieke factoren in relatie tot de effectiviteit van een behandeling, wordt in de volgende alinea nader ingegaan.

Het MORMmodel benadrukt de rol van extrinsieke factoren als het gaat om (uiteindelijk) de effectiviteit van een behandeling. Zo worden veel behandelingen in de gevangenis gegeven in een setting die niet goed matcht met het therapeutisch belang (bijvoorbeeld vrijwillige therapie waarbij er wel bewaking aanwezig is of de eetzaal als therapieruimte moeten gebruiken). Als het gaat om meer intrinsieke factoren, is het belangrijk om te kijken of de cognitieve vaardigheden van de cliënt (intra- en interpersoonlijke vaardigheden, zelfinzicht, zelfcontrole) en relationele vaardigheden (aan kunnen gaan van relaties) matchen met de therapievorm (Hodge & Renwick, 2002). Het belangrijkste inzicht is dat een lage Engagement in de therapie niet per sé hoeft te komen door een lage motivatie van de cliënt, maar ook kan komen door een mismatch van de therapie en de cliënt. Zo kan de therapie een beroep doen op cognitieve vaardigheden die de cliënt simpelweg niet bezit.

Ook bleek uit onderzoek dat het intellectuele vermogen van een cliënt een belangrijke voorspeller van behandelmotivatie is. Anders dan vaak gedacht wordt, waren juist delinquenten met lage intellectuele meer gemotiveerd om in therapie te gaan en hun therapie voort te zetten dan cliënten met een hoger IQ. Dit is opvallend volgens de onderzoekers omdat juist van delinquenten met een laag IQ vaak wordt gedacht dat zij ongemotiveerd zijn. Het huidige onderzoek suggereert echter dat dit ook zou kunnen komen omdat deze groep verkeerd worden begrepen of de behandeling niet is toegespitst op de vermogens van deze groep (Vandeveld, Broekaert, Schuyten, & van Hove, 2005). Het belang van het inschatten van het IQ (zoals beschreven in hoofdstuk 3 over diagnose) is dus groot.

Een mismatch tussen cliënt en behandelprogramma kan ook het gevolg zijn van een psychische stoornis van de cliënt wanneer deze stoornis gerelateerd is aan het vermogen toegang te krijgen tot de eigen emoties, deze te uiten en erover te reflecteren, en het type emoties dat cliënten ervaren ten aanzien van het gepleegde delict. Psychopaten zouden hierbij de groep cliënten zijn met de laagste Readiness.

Een belangrijke bijdrage van het MORM-model is dat het kan worden gebruikt om van tevoren in kaart te brengen waar deficiënties zitten die moeten worden weggewerkt om de Readiness van de cliënt te kunnen vergroten (hetzelfde geldt overigens voor het conceptuele model van Drieschner et al., 2004). Om modellen als het MORM-model te kunnen inzetten, is het wel noodzakelijk dat valide en betrouwbare meetmethoden worden ontwikkeld voor alle facetten van het model. Juist hieraan ontbreekt het doorgaans (zie bv. Leenarts en Van der Knaap (2007).

4.3.3 Het Stages of Change Model of Transtheoretical Model van Prochaska & DiClemente

In detentiestettings wordt vaak het stages of change model (ook wel Transtheoretical Model) van Prochaska en DiClemente gebruikt (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992, in: Bartelink, 2011). Dit model is ontwikkeld voor het doen van interventies op het gebied van gezondheid (stoppen met roken, afvallen) en gaat uit van intentionele gedragsverandering van de cliënt. Het model beschrijft zes fasen van verandering: van voorbeschouwing en overpeinzing, naar besluitvorming, actie, consolidatie, en vaak terugval (en heen en weer switchen). Uit een meta-analyse van Littell en Girvin (2002) komt echter naar voren dat er twijfel is over de toepasbaarheid van dit model (Poort & Eppink, 2009; zie ook Drieschner, Lammers, & Van der Staak, 2004; Ward et al., 2004, in: Hummelen, 2011). Een van de kritiekpunten is dat er bij motiverende gespreksvoering te veel van uit wordt gegaan dat ene begripvolle houding van de therapeut leidt tot een positieve ontwikkeling bij de patient, en dat motivatie niet alleen een individuele keuze is maar dat ook andere factoren zoals de kenmerken van behandeling een rol spelen, zoals hiervoor ook al naar voren kwam (zie het model van Ward). Op basis van het stages of change model is Motiverende Gespreksvoering ontwikkeld, een methode om motivatie bij (verslaafde) delinquenten te vergroten. We gaan hier straks op in.

4.4 Methoden om motivatie te verhogen

Juist therapie-uitval komt veel voor bij delinquenten met een mentale stoornis. Dit wordt vaak gezien als gebrek aan motivatie, maar dit hoeft dus niet het geval te zijn. Wel is er sprake van een verminderde Readiness. Deze lage Readiness moet gezien worden als onderdeel van of uiting van de stoornis (Howells & Day, 2007). Inzichtelijk is de indeling van Cluster C (het angstige type) en Cluster A (het schizoïde of paranoïde type) persoonlijkheidsstoornissen. Behandelweigerders komen meer voor in Cluster A (Tyrer, Mitchard, Methuan, & Ranger, 2003).

Ook cliënten met een dubbele diagnose (mentale stoornis + verslavingsproblematiek) hebben slechte behandeluitkomsten omdat zij doorgaans een slechtere relatie met de behandelaar hebben, meer risicogedrag vertonen en zich sneller gedwongen voelen tot een behandeling (Heilbrun et al., 2012). De perspectieven van cliënten (ex-delinquenten) met een mentale stoornis zouden wel verbeterd worden wanneer behandelaars en zorgverleners gespecialiseerd zijn voor deze doelgroep en de behandeling toegespitst is op de stoornis (Skeem, Emke-Francis, & Eno Loudon, 2006; in Heilbrun et al., 2012).

Wanneer voor een individuele cliënt in kaart is gebracht op welke punten de behandelmotivatie of Readiness van de cliënt belemmerd wordt, kunnen strategieën worden ingezet om deze belemmeringen weg te werken. Een voorbeeld is dat er gezocht wordt naar een therapievorm die aansluit bij de cognitieve vermogens van de cliënt. Er zijn verschillende manieren om motivatie te vergroten. Zo kunnen beloningen toegekend worden wanneer er geen intrinsieke motivatie voor een bepaalde taak bestaat. Een ander aspect van deze voorbereidende fase is het ombuigen van extrinsieke motivatie voor de behandeling naar een intrinsieke motivatie bij de cliënt. Hiertoe is het belangrijk dat de cliënt erkent dat hij/zij een probleem heeft en dat dit probleem weggenomen of verminderd kan worden door de behandeling. Er zijn verschillende manieren om externe motivatie (veroorzaakt door bijvoorbeeld het feit dat men in detentiestelling zit) te veranderen in interne motivatie, zoals de experiëntiële interpersoonlijke therapie (Bouwkamp, 1999).

Menger en Krechtig (2004) schetsen een aantal specifieke elementen die door de behandelaar (in het geval van Menger en Krechtig, de reclasseringsmedewerkers in Nederland) doorlopen moeten worden om de extrinsieke motivatie van delinquenten te verhogen. Het betreft algemene aanwijzingen die in gedachten gehouden moeten worden als interventies worden ontwikkeld (zoals: allereerst moet worden onderzocht of er bronnen van weerstand zijn, en zo ja welke; de begeleider stelt vast of en hoe de weerstand omgezet kan worden etc.).

Een belangrijke methode voor motivering en het verhogen van Readiness is die van Miller en Rollnick (1991), Motivational Interviewing (motiverende gespreksvoering) (zie ook McMurran & Ward, 2010; Priebe et al., 2007, in Martin, Dorken, Wamboldt, & Wootten, 2011). De methode wordt ook in het gevangeniswezen en door de reclassering gebruikt.

Deze methode is voor een deel ook op het hiervoor genoemde stages of change model gebaseerd en gaat ervan uit dat motivatie geen karaktertrek van iemand is, maar een interactief proces dat beïnvloed kan worden. Hoewel er zoals hiervoor beschreven is kritiek is op de onderliggende theorie is motivational interviewing wel effectief gebleken bij diverse doelgroepen, waaronder delinquenten en daklozen. Wellicht kunnen de effecten vergroot worden door meer oplossingsgerichte therapie in te voegen (zie de literatuurstudie van het NJI (Bartelink, 2011). Motivatie voor verandering wordt in de motiverende gespreksvoering gecreëerd door eerst de discrepantie tussen het huidige gedrag en belangrijke andere doelen of gevoelens, gedachten en overtuigingen van iemand te veroorzaken en/of te vergroten, en daarna de persoon te helpen zaken zo te veranderen dat de discrepantie kleiner wordt of verdwijnt. Die hulp moet ook praktisch zijn, bijvoorbeeld door obstakels voor iemand weg te nemen. Harper en Hardy (2000) hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van Motivational Interviewing dat werd toegepast door reclasseringsmedewerkers. De onderzoekers stellen dat gezien de aard van het reclasseringswerk en de bijzondere relatie die reclasseringswerkers moeten zien op te bouwen met de onvrijwillige 'cliënten', Motivational Interviewing bij uitstek geschikt is om in dit werk toe te passen (Harper & Hardy, 2000). Hoewel

Overigens kan motiverende gespreksvoering gezien de nadruk op de eigen verantwoordelijkheid alleen worden ingezet wanneer sprake is van vrijwillige behandeling en wanneer de cliënt in staat is tot zelfcontrole. Cliënten die verward zijn of sterke cognitieve gebreken hebben, zijn niet geschikt (Schippers, 2002).

Een programma dat recent specifiek is ontwikkeld voor motivering en gedragsverandering van mensen met psychische stoornissen is het Ready Set, Go programma (Fabiano, 2011). Dit programma is geschikt voor zowel delinquenten als niet delinquenten. Het programma combineert motiverende technieken met cognitieve gedragsmatige technieken. Het programma is gefocust op de daadwerkelijke wil om het gedrag (nu eindelijk) te gaan veranderen. Alleen dan kan gewerkt worden aan effectieve verandering stellen de programmaontwikkelaars: zonder de wil om te veranderen is gedragsverandering een illusie. Het programma werkt in drie fasen, waarvan de laatste fasen gericht zijn op het vinden van werk of zinvolle dagbesteding. Het programma (of de eerste fase of een aangepaste versie) is wellicht interessant voor de PPC's.

4.5 Conclusie

Uit de literatuur blijkt dat motivering van patiënten essentieel is. Zolang er geen echte wil is om te veranderen zal gedragsverandering een illusie zijn, zo geven de onderzoekers aan. De bevroegde deskundigen gaven dit onderwerp relatief weinig prioriteit. Gezien het belang dat aan motivatie gegeven moet worden volgens de onderzoeksliteratuur vraagt dit onderwerp echter extra aandacht van de PPC's.

Hoewel er verschillende definities en modellen van motivering zijn, zijn er methoden ontwikkeld in andere velden en ook specifiek voor delinquenten die bruikbaar kunnen zijn voor de PPC's. Door de PPC's worden deze methoden niet genoemd in de bestudeerde beleidsdocumenten. Wel worden psycho-educatie, face-to-face-contact met hulpverleners, dagactiviteiten en het leren van basisvaardigheden door de PPC's genoemd als motiverende maatregelen. De onderzoeksliteratuur suggereert echter dat veel méér nodig is om patiënten te motiveren. Daarbij kunnen programma's gericht worden op enerzijds de scholing van personeel. Hiervoor wordt de methode Motivational Interviewing veel gebruikt in detentiestettings, waaronder de Nederlandse PI's. Daarnaast zijn er methoden ontwikkeld die specifiek gericht zijn op het veranderen van denkpatronen van delinquenten. Het verdient aanbeveling dat de PPC's specifieke methoden inzetten om patiënten te motiveren en de 'readiness to change' te vergroten. Motiverende gespreksvoering door personeel is mogelijk onvoldoende effectief bij deze doelgroep en dient aangevuld te worden door speciale programma's voor de gedetineerden zelf, waarbij dieper ingegaan wordt op hun denkpatronen en echte wil tot verandering (of niet).

Een aspect dat door de PPC's wel wordt genoemd en wordt ondersteund door onderzoek is het inzetten van familie en het herstellen van het contact met familie. Uit onderzoek komt naar voren dat familie of andere belangrijke en pro-sociale personen in de omgeving van de patiënten kunnen helpen bij het motiveren van patiënten.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur:

- Geef motivering van patiënten voor behandeling prioriteit. Gebruik enerzijds scholing van personeel (met bv. Motivational Interviewing) en anderzijds intervenies voor het veranderen van denkpatronen van delinquenten zelf. Doe inspiratie op bij bestaande interventies zoals het MORM-model, het conceptuele framework voor motivatie en het Ready Set Go Program.
- Ga samen met de GGZ na welke interventies al gebruikt worden voor motivering, welke buitenlandse interventies wellicht gebruikt kunnen worden, experimenteer en evalueer in hoeverre motiverende interventies leiden tot meer motivatie voor behandeling bij PPC-patiënten.

5. Zorg en behandeling

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op zorg en behandeling. Onder behandeling in de PPC's wordt verstaan (Koomen, 2010): Behandeling van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke en/of specifiek paramedische aard, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de psychiatrische aandoening en al dan niet met persoonlijke verzorging, verpleging of begeleiding, en gericht op vermindering van recidive. Het gaat dus om behandeling van psychiatrische stoornissen en op behandeling gericht op gedragsverandering, wat bijdraagt aan het voorkomen van herhaling van delictgedrag.

Bij de behandeling van psychiatrische stoornissen van patiënten in de PPC's gelden wettelijke eisen (Koomen, 2010): de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst, de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en de Penitentiaire Beginselenwet. De PPC's dienen deze wetten te volgen. Daarnaast zijn er veel richtlijnen voor psychiaters die ook in de PPC's gevolgd kunnen worden (we komen hier straks op terug).

In dit hoofdstuk maken we gaan we in op de volgende twee categorieën van behandeling: 1) behandeling gericht op psychiatrische stoornissen en 2) behandeling gericht op andere risicofactoren voor crimineel gedrag. We gaan niet in op interventies buiten de PPC's⁹ (wel gaat het volgende hoofdstuk over continuïteit van zorg). Ook gaan we niet in op medicatie, hoewel dat een essentieel onderdeel is bij de behandeling van psychiatrische problematiek. Medische zorg is voor de PPC's immers niet anders dan voor de reguliere PI's en we volstaan hier dan ook met verwijzing naar de gangbare medische richtlijnen.

We gaan eerst in op algemene kenmerken voor effectieve behandeling en randvoorwaarden. Eén belangrijke randvoorwaarde lichten we er hier alvast uit: tijd die nodig is voor behandeling. Om psychiatrische stoornissen te stabiliseren is enige tijd nodig (bijvoorbeeld enkele maanden om een psychose te stabiliseren). Werkelijk herstel van psychiatrische stoornissen kost echter veel meer tijd of is zelfs vaak niet mogelijk binnen de PPC's (Wesselijs et al., 2010). Ook GGZ Nederland geeft aan dat het doel van behandeling van psychiatrische stoornissen meestal niet herstel is, maar het voorkomen van gevolgen/complicaties van de aandoening of het ontstaan van een met de aandoening gerelateerde stoornis. Gezien de korte verblijfsduur van de meeste patiënten in de PPC's (op dit moment gemiddeld zo'n drie maanden) zal herstel dan ook geen reeel doel zijn bij veel patiënten. Doordat eerst tijd nodig is voor het doen van diagnostiek en stabilisering van de patiënt zal de

behandeling vaak pas kunnen starten nadat de patiënt de PPC verlaten heeft. Met andere woorden: in veel gevallen zullen de PPC's niet aan behandeling toekomen. Des te groter is de noodzaak om ervoor te zorgen dat patiënten overgedragen worden aan een vervolgbehandeling.

Voor de patiënten waarbij behandeling wel kan starten zijn inzichten over effectieve methoden bruikbaar voor de PPC's (we gaan hier straks op in) en is het raadzaam om zo veel mogelijk aan te sluiten op de vervolgbehandeling, en dus behandelmethoden in de PPC af te stemmen op die in de GGZ.

5.2 Beperkingen aan het onderzoek

De beschikbare onderzoeksliteratuur over behandeling is niet zonder meer toepasbaar voor de PPC's. Er is weinig onderzoek gedaan naar kortdurende behandeling van delinquenten met psychiatrische stoornissen in detentie (Groen, Drost & Nijman, 2011; Blackburn, 2004; Scott, 2010). Er is veel onderzoek gedaan binnen de TBS (met onvergelykbaar langere behandelstuur) en in de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Er wordt verondersteld dat de behandeling van psychiatrische problematiek bij gedetineerden niet anders is dan de behandeling van reguliere patiënten. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar deze veronderstelling (Robertson, Barnao, & Ward, 2011). Daarnaast heeft het onderzoek dat wel verricht is vaak beperkingen zoals kleine onderzoeksgroepen, geen controlegroepen, verschillende definities van behandeling, verschillende uitkomstmaten, gericht op korte termijn effecten (Duncan, Nicol, Alastair, & Dalgleish, 2006; Blackburn, 2004). Hierdoor moeten de uitkomsten voorzichtig geïnterpreteerd worden.

5.3 Zorg en behandeling voor delinquenten met psychiatrische stoornissen

Op het gebied van zorg en behandeling voor gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving adviseert de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007) de volgende uitgangspunten (blz. 5):

- als afgeleide van de wettelijke resocialisatieopdracht voor het gevangeniswezen dient zorg deel uit te maken van het regime met het oog op het voorkomen van recidive;
- het niveau van zorg in detentie zal van een gelijkwaardig niveau moeten zijn als de zorg in de samenleving als geheel (equivalentiebeginsel);
- de zorg dient afgestemd te zijn op de bijzondere situatie die detentie vormt, waarin psychische stoornissen en verslaving vaker voorkomen dan in de samenleving als geheel. Daarnaast moet het zorgaanbod gedifferentieerd zijn en rekening houden met de verschillende voorkomende stoornissen;
- de zorg aan gedetineerden dient te voldoen aan de relevante bepalingen uit nationale wetgeving en internationale verdragen.

⁹ Een voorbeeld van dat laatste zijn de mental Health courts die in Amerika veel gebruikt worden. Het gaat hier niet om inhoudelijke behandeling maar om een methode om delinquenten met een psychiatrische stoornis beter te kunnen begeleiden in het strafproces. Uit onderzoek blijkt 'mental health courts' methoden kunnen zijn (Sarteschi, Vaughn, & Kim, 2011; Frank, & McGuire, 2010). Bij 'mental health courts' worden personen niet gezien als delinquenten, maar als personen die leiden aan een stoornis en daardoor niet in staat zijn zich te houden aan de wet. 'Mental health courts' zijn vooral belangrijk omdat ze de personen een kans geven te rehabiliteren, om zo een nieuw leven op te bouwen. Ook blijkt dat 'drug courts' recidive kunnen verminderen met ongeveer 26% (Wilson, Mitchell, & Mackenzie, 2006; in Heilbrun et al., 2012). Warren (2007; in Scott, 2010) rapporteert zelfs 10 tot 70% recidivevermindering door 'drug courts', vooral wanneer 'drug courts' zich richten op hoog risicogroepen en jonge delinquenten (Lowenkamp, Holsinger, & Latessa, 2005; in Heilbrun et al., 2012). Omdat het Amerikaanse rechtssysteem zeer verschilt van het Nederlandse kunnen de resultaten van de mental Health courts en drug courts niet zonder meer vertaald worden naar de Nederlandse situatie. Kenmerk is dat de delinquenten zoveel mogelijk dezelfde rechters krijgen die gespecialiseerd zijn in de problematiek.

De meest effectieve behandelmethoden voor delinquenten met psychiatrische stoornissen zijn volgens de (beperkte) internationale onderzoeksliteratuur: medicatie, case management en het aanleren van praktische en sociale vaardigheden met behulp van psycho-educatieve methoden (Hodgins, & Müller-Isberner 2000; in het advies van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling over assende interventies bij delictplegers met psychiatrische problematiek, RMO, 2007). Voor gedetineerden met psychiatrische stoornissen wordt vaak het biopsychosociale model gevolgd, waarbij wordt ingespeeld op medische, psychologische en sociale behoeften van de patient spelen (Department of Health, 2009).

De behandel mogelijkheden zijn echter niet groot voor bijvoorbeeld schizofrenie, angststoornissen en psychopathie. Behandel mogelijkheden voor gedetineerden met schizofrenie zijn vooral stabiliseren, voorzien van antipsychotische medicatie en een aangepast afdelingsklimaat en het bieden van psycho-educatie over het gebruik van drugs in combinatie met schizofrenie (Zwemstra et al., 2003; in Groen, Drost & Nijman, 2011). De afwezigheid van alcohol en drugs en de aanwezige veiligheid en voorspelbaarheid binnen de muren van detentie vormen een goede basis voor verdere zorg en behandeling van schizofrenie na detentie (Zwemstra, 2009; in Groen, Drost & Nijman, 2011). Een volledige behandeling wordt echter vaak bemoeilijkt door een beperkt ziektebesef en beperkte steun vanuit de omgeving van de gedetineerde.

Opvallend is dat wanneer open behandelprogramma's waarbij deelnemers op elk moment kunnen starten ("open admission", "carousselvorm") vergeleken werden met gesloten behandelprogramma's (met hetzelfde start- en eindmoment voor alle deelnemers), de open behandelprogramma's meer positieve effecten laten zien (een meta-analyse naar behandeling van gedetineerden met psychiatrische stoornissen door Morgan, Flora, Kroner, Mills, Varghese & Steffan, 2011). De onderzoekers geven hiervoor de verklaring dat nieuwe deelnemers nieuwe leermogelijkheden en ervaringen met zich meebrengen in groepsbehandelingen. Een ander therapeutisch aspect dat positieve effecten liet zien, was het gebruik van huiswerk. Zeker wanneer gebruik werd gemaakt van huiswerk waarbij nieuwe vaardigheden en gedragingen toegepast moesten worden, werden sterkere positieve effecten gevonden dan bij behandelprogramma's die geen gebruik maakten van huiswerk. Helaas kan de meta-analyse niet duidelijk maken welke specifieke aspecten effectief zijn in de behandeling van psychiatrische problematiek van gedetineerden.

Martin, Dorken, Wamboldt en Wootten (2011) hebben een meta-analyse gedaan naar diverse interventies voor delinquenten met psychiatrische stoornissen. De uitkomsten zijn niet geheel duidelijk en tonen in ieder geval aan dat interventies duidelijk omschreven moeten worden en meer onderzoek nodig is. De duur van de onderzochte interventies varieerde van 60 dagen tot meer dan 2,5 jaar en kunnen dus niet zomaar worden gebruikt voor de PPC's maar het artikel kan wel interessant zijn voor nadere bestudering door de PPC's.

Gedetineerden met psychopathie vormen een aparte groep, waarbij behandeling ongewenste of averechtse effecten met zich kan brengen (Rice, Harris, & Cormier, 1992). Momenteel wordt in Nederland onderzoek gedaan met schematherapie voor psychopate TBS-ers. De eerste resultaten lijken veelbelovend, zo werd recent gemeld door Universiteit Maastricht (gevonden op: <http://www.maastrichtuniversity.nl/web/main/sitewide/content/effectivetreatment-forinvoluntarycommittedpatientswithpsychopathy.htm>).

Naar behandeling van zedendelinquenten is veel onderzoek gedaan. Dit is echter buiten beschouwing gelaten in dit literatuuronderzoek omdat mede gezien de beperkte onderzoekstijd prioriteit is gegeven aan algemene psychiatrische stoornissen en verslavingsproblematiek.

5.4 Richtlijnen voor behandeling van psychiatrische stoornissen

Voor de behandeling van verschillende psychiatrische stoornissen zijn richtlijnen voor psychiaters beschikbaar, opgesteld door het EFP en het NVVP. Momenteel ontwikkelen de PPC's zelf verder behandelprogramma's.

Omdat het samenvatten van richtlijnen voor behandeling weinig zinvol is (er wordt teveel informatie verloren om een goed beeld te krijgen) verwijzen we naar de volgende bruikbare richtlijnen, rapporten en boeken, die voor de behandelaars in de PPC's bruikbaar zijn. Deze richtlijnen zijn niet speciaal geschreven voor gedetineerden met een dubbele diagnose, desalniettemin kunnen deze richtlijnen interessant zijn voor de aanpak van behandeling binnen de PPC's, en voor vervolgbehandeling.

Algemeen:

- Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten (De Ruiter & Hildebrand, 2006).

Persoonlijkhedstoornissen:

- Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (EFP, 2008)
- Review of treatments for personality disorder (Warren, Preedy-Fayers, McGauley, Pickering, Norton, Geddes, & Dolan, 2003),

Angststoornissen:

- Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen
- Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis (Trimbos-instituut, 2011)

Schizofrenie:

- Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (NwvP, 2012)

Psychotische kwetsbaarheid:

- Zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (EFP, 2008).

5.5 Behandeling van delinquenten met verslavingsproblematiek

Uit onderzoek naar behandeling van gedetineerden met verslavingsproblematiek komt ook naar voren dat cognitieve gedragstherapie, het therapeutische klimaat en methadonverstrekking het meest effectief lijken te zijn (McMurran, 2007, in: Groen, Drost & Nijman, 2011).

In onderzoek naar de zorgbehoefte van problematische drugsgebruikers in detentie blijkt dat deze groep vooral behoefte heeft aan praktische ondersteuning, bij bijvoorbeeld huisvesting en financiën (Goderie, 2009; Koeter & Bakker, 2007; Van 't Land e.a., 2005; Oliemeulen e.a., 2007; Wits, Kaal, & Van Ooyen-Houben, 2011). Uit deze literatuur blijkt ook dat professionals deze praktische hulp echter vooral zien als belangrijk middel om de gedetineerde te motiveren en om een vruchtbare context te creëren voor behandeling. Volgens de professionals ligt de primaire zorgbehoefte namelijk bij de verslavings- en psychische stoornissen. Uit de What Works literatuur komt echter naar voren dat alle risicofactoren aangepakt moeten worden, dus niet alleen verslavingsproblematiek maar ook huisvesting en schulden. Ook blijkt uit de literatuur dat een behandeling van verslavingsproblematiek met name effectief is op de langere termijn wanneer de behandeling in detentie gecombineerd wordt met nazorg in de vrije samenleving na vrijlating (Butzin, Martin, & Inciardi, 2002; Inciardi, Martin, & Butzin, 2003; Knight, Simpson, & Hiller, 1999; Pelissier et al., 2001; Rhodes et al., 2001; Wexler, DeLeon, Thomas, Kressell, & Peters, 1999; in Chandler, R. K., Peters, R. H., Field, G., & Juliano-Bult, D., 2004; in Bahr, Masters, & Taylor, 2012). Andere succesvolle factoren bij behandeling van verslaving zijn: therapietrouw, therapeutische setting, lage vijandigheid binnen detentie en hoge conformiteit vanuit de gedetineerde. Daarnaast worden peersupport en de relatie met de behandelaar als belangrijke factoren gezien (Welsh & McGrain, 2008). Ook voor verslaafde gedetineerden geldt dat moet worden ingespeeld op hun reponsiviteit (motivatie, cultuur, geslacht en leerstijl) om de kans van slagen te verhogen (Center for Substance Abuse Treatment, 2005; Clawson et al. 2005; in Scott, 2010).

Richtlijnen voor Alcohol en drugsverslaving¹⁰ zijn:

- Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol (Trimbos-instituut, 2008)
- Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2008)
- De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving (Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2007).

Momenteel wordt innovatief onderzoek gedaan gericht op alcoholverslaving waarbij wordt ingespeeld op neurocognitieve processen. Er zijn veelbelovende ontwikkelingen gericht op het

veranderen van aandacht en informatieverwerking van mensen met een alcoholverslaving. Zo is de door de Universiteit van Amsterdam ontwikkelde AAT-training veelbelovend, waarbij alcoholverslaafde patienten in korte tijd door middel van computersimulatie getraind worden om alcohol te vermijden. In de ontwikkeling van alcohol- en drugsverslaving wordt verondersteld dat selectieve verwerking van omgevingsprikkels een causale rol speelt (Wiers, Bartholow & Wildenberg, 2007). Huidige cognitief gedragstherapeutische interventies voor angst en verslaving richten zich dan ook primair op het veranderen van de informatieverwerking, door mensen bewust te maken van irreële gedachten en deze te vervangen door functionele gedachten. Op het gebied van verslaving is ook onderzoek gedaan naar het veranderen van bestaande actietendenzen in reactie op middelengerelateerde stimuli. Op basis van de veelbelovende resultaten van een AAT-training bij zwaar drinkende studenten (Wiers, Rinck, Dictus, & Van den Wildenberg, 2009), onderzochten Wiers, Rinck, Kordts, Houben, & Strack (2010) onlangs de effectiviteit van een AAT-training bij alcoholverslaafde patiënten die opgenomen waren in een kliniek. Deelnemers die getraind werden om alcoholplaatjes te vermijden vertoonden na afloop van de training een vermijdingsreactie voor alcoholplaatjes. Deze effecten werden generaliseerden naar ongetrainde stimuli en een andere maat voor automatische actietendenzen. Dit onderzoek toonde aan dat bestaande automatische actietendenzen in reactie op alcoholgerelateerde stimuli succesvol hertraind kunnen worden in een klinische populatie. Het effect van de training op klinisch relevante uitkomstmaten (e.g. duur van de behandeling, terugval) is nog niet bekend maar gezien de positieve resultaten verdient het aanbeveling om dit onderzoek te blijven volgen.

5.6 Behandeling van delinquenten met dubbele diagnose

Voor gedetineerden met dubbele diagnose zijn volgens de onderzoeksliteratuur veelbelovende interventies: groepstherapie, cognitieve gedragstherapie, medicatie management en voorlichting over medicatie, terugval preventiemethoden, methoden waarbij gewenst en ongewenst gedrag systematisch wordt bekrachtigd ('contingency management'), zelfhulpgroepen, overgangsplanning en case management (Edens et al., 1997; Hills, 2000; Sacks, Sacks, & Stommel, 2003; Smith et al., 2002; Wexler, 2003; in Chandler et al., 2004, Horsfall, Cleary, Hunt, & Walter, 2009; Ledgerwood & Petry, 2006; in Drake, O'Neal, & Wallach, 2008; Drake, O'Neal, & Wallach, 2008).

Voor gedetineerden met dubbele diagnose wordt ook aangeraden om modules of interventies te gebruiken die gericht zijn medicatiemanagement, symptoommanagement en hechting (affect regulation) en waarbij veel rollenspellen gedaan worden. In Amerika worden 12-stappen-groepen gevormd die gericht zijn op dubbele diagnoses, in Amerika zijn dit 'Dual Diagnosis Anonymous' en 'Double Trouble'. Deze interventies worden aangeraden in

¹⁰ Het gaat nadrukkelijk niet alleen om de behandeling van drugsverslaving maar ook van alcoholverslaving. Alcoholgebruik hangt samen met gewelddadige recidive bij personen met psychiatrische problematiek, ook na het afronden van een behandeling (Castillo & Alarid, 2011, Braddock et al., 2002).

Amerika maar er is nog geen duidelijk wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit. Ook adviseren onderzoekers om gesuperviseerde werkgroepen, peer-mentoren en peer-support groepen te gebruiken, waarbij positief gedrag zoveel mogelijk bekrachtigd moet worden. Bij patiënten met dubbele diagnose zou relatief meer steunende feedback moeten worden gegeven (op individueel- en groepsniveau), omdat gedetineerden met een dubbele diagnose minder goed kunnen omgaan met stress en/of emotionele druk (McLaughlin & Pepper, 1991; Sacks & Sacks, 1995; in Edens, Peters & Hills, 1997).

Het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) een toolkit aan, die is gebaseerd op de richtlijn Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp (2003) en het boek 'Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling' van Mueser, Noordsy, Drake en Fox (2011). De toolkit kan dienen als leidraad bij het werken met personen met een dubbele diagnose. In de toolkit worden interventies worden vermeld die geschikt zijn voor patiënten met dubbele diagnose. Hoewel deze interventies niet speciaal zijn ontwikkeld voor delinquenten, lijken de meeste wel toepasbaar voor de PPC's. Zij overlappen voor een deel met interventies (zoals de leefstijltraining) die door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitiabelen zijn erkend (we komen hier straks op terug) en met interventies die uit de literatuur naar voren komen (zoals motiverende gespreksvoering).

5.7 Behandeling van andere risicofactoren van delinquenten

Diverse onderzoekers wijzen op het feit dat bij gedetineerden met psychiatrische problematiek behandeling niet alleen gericht moet worden op de psychiatrische stoornissen, maar ook op andere risicofactoren voor crimineel gedrag (Skeem, Manchak & Peterson, 2011; Lurigio, 2011; Landenberger & Lipsey, 2005, in: Lurigio, 2011; Muller-Isberner & Eucker, 2006, in: Vandeveld et al., 2011; Listwan, Cullen & Latessa, 2006). Psychiatrische stoornissen op zich leiden zelden tot crimineel gedrag en daarom is het volgens hen ook onwaarschijnlijk dat enkel het behandelen van psychiatrische problematiek recidive kan voorkomen of verminderen. Uit onderzoek naar criminogene risicofactoren bij gedetineerden met ernstige psychiatrische problematiek kwam naar voren dat bij deze gedetineerden de volgende risicofactoren het meest voorkwamen: gebrekkige scholing, werk, therapietrouw en fysieke gezondheid (naast psychische gezondheid). (Glorey, Perkins, Adshead, McGauley, Murray, Noak & Sichau, 2010).

Gedetineerden met psychiatrische stoornissen zijn echter wel gebaat bij dezelfde evidence-based cognitieve-gedragstherapieën die ook het criminele denken bij reguliere delinquenten beïnvloeden (Landenberger & Lipsey, 2005). Uit dit onderzoek komen elementen naar voren die belangrijk zijn voor aanpak van delinquenten in het algemeen. Dit worden de 'RNR-principes' of 'What works principles' genoemd (Lösel 1998; Andrews et al. 1990; Antonowicz, & Ross 1994; Lipsey 1992; De Ruiters en Veen 2004; in

RMO, 2007; Van Dam, Van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009). De drie belangrijkste principes zijn:

- **Risicoprincipe:** de intensiteit van de behandeling moet worden aangepast aan het recidiverisico van de betreffende persoon. Bij een hoger risico is een langere of intensievere behandeling nodig.
- **Behoefteprincipe:** de behandeling moet zich richten op verandering van de veranderbare risicofactoren van de individuele cliënt, dat wil zeggen risicofactoren te beïnvloeden zijn (de sociaal-economische status van de buurt waarin de persoon woont is niet te beïnvloeden, maar bijvoorbeeld zijn verslaving wel.)
- **Responsiviteitsprincipe:** dit houdt in dat de behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de cliënt (IQ, motivatie, leerstijl, omstandigheden, positieve punten, talenten, interesse, groepsgechiktheid e.d.).

Gedetineerden moeten dus niet als homogene groep gezien worden. Per persoon moet nagegaan worden wat de problematiek is, wat de behoeften zijn en op welke manier de problemen het best verminderd kunnen worden bij deze persoon: maatwerk. Dit geldt ook voor patiënten met dubbele diagnose (Horsfall et al., 2009).

Naast deze RNR-principes komen andere factoren naar voren die van invloed zijn op de effectiviteit. Uit veel onderzoek komt naar voren dat behandeling alleen doorgaans onvoldoende is, het gaat om een langdurige aanpak die begint met diagnose van de problematiek, gevolgd wordt door motivatie en behandeling. Maar dan zijn we er nog niet: ook vervolgbehandeling en begeleiding (case management) in de vrije samenleving is essentieel (Chandler et al., 2004).

Ook komt naar voren dat effectieve behandelingen voor gedetineerden met een hoog risico uit meerdere methoden bestaan en intensief zijn. Daarbij is het van belang dat de inhoud van de interventies op elkaar is afgestemd. Uit Amerikaans onderzoek komt naar voren dat het voor patiënten met dubbele diagnose van belang is om de hoeveelheid en intensiteit van confrontatie te verlagen (meer maar kortere sessies).

Fasering verdient veel aandacht. Het welzijn van een gedetineerde met een dubbele diagnose is namelijk afhankelijk van hoe de verschillende interventies samen verlopen. Snelle veranderingen in de omgeving of in medicatie kunnen de balans bedreigen en/of het welzijn verslechteren. Aangeraden wordt om bij schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornissen en posttraumatische stressstoornissen gelijktijdig psychopathologie en middelenmisbruik te behandelen. Daarentegen wordt een sequentiële behandeling aangeraden bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornissen, waarbij het middelenmisbruik het eerst moet worden aangepakt. Ook moeten behandelprogramma's realistische toekomstplannen bevatten en trapsgewijs worden opgezet, omdat gedetineerden met dubbele diagnose een grotere kans hebben om geïsoleerd te raken van verzorgers en

familie, dakloos te worden, HIV op te lopen, agressief gedrag te vertonen en zelfmoord te plegen (zie bijvoorbeeld interessante richtlijnen voor de aanpak van gedetineerden met dubbele diagnose in Engeland, Department of Health, 2009).

Bij patiënten met dubbele diagnose zou relatief meer steunende feedback moeten worden gegeven (op individueel- en groepsniveau), omdat gedetineerden met een dubbele diagnose minder goed kunnen omgaan met stress en/of emotionele druk (McLaughlin & Pepper, 1991; Sacks & Sacks, 1995; in Edens, Peters & Hills, 1997).

Het sociale netwerk van de gedetineerde is ook van groot belang en van invloed op het gedrag van gedetineerden, met name gedetineerden met dubbele diagnose. Kwetsbare volwassenen in detentie hebben vaak beperkte sociale vaardigheden. Hun sociale netwerk kan hierbij ondersteunend zijn (Husband, 2008; in Department of Health, 2009, Gumley, 1999; Smith, Meyers & Miller, 2001; in Department of Health, 2009). Ook moet de aanpak gericht zijn op het stigma en angsten rondom de problematiek binnen het sociale netwerk.

Voor gedetineerden met psychiatrische stoornissen wordt vaak ondersteuning gegeven bij het zoeken van een betekenisvolle dagbesteding die in lijn is met de capaciteiten van de gedetineerde en gericht is op lange termijn doelen (zoals scholing en werk, waarbij werk niet altijd een haalbaar doel is). Voor deze groep is ook goed medicijngebruik en goed farmacologisch management belangrijk. Ook moet bij deze patiënten extra rekening gehouden worden met hun cognitieve capaciteiten. Gedetineerden met een persoonlijkheidsstoornis en verslaving hebben meer kans op een hersenbeschadiging, dat van negatieve invloed is op de terugkeer in de maatschappij en op de behandeling (Corrigan & Deuschle, 2008; in Department of Health, 2009).

Medewerkers in gevangnissen met patiënten met psychiatrische stoornissen moeten leren effectief om te gaan met gedetineerden die geheugenproblemen of andere cognitieve stoornissen hebben. Hierbij kan het vaker herhalen van informatie en instructies effectief zijn, en het vaker monitoren of alles duidelijk is. Ook moet personeel relatief flexibiliteit omgaan met terugval en probleemgedrag. Tevens is meer aandacht nodig voor factoren die mogelijk vooraf kunnen gaan aan de terugval en probleemgedrag (Peters, LeVasseur, & Chandler, 2004). Verder wordt aangeraden om medewerkers goede voorlichting te geven, zodat zij misverstanden bij patiënten kunnen wegnemen, informatie kunnen verstrekken over behandelmethodes, stereotype attitudes kunnen verminderen, patiënten ontvankelijker kunnen maken voor verandering. Bovendien geeft dit de medewerkers meer zelfvertrouwen in het behandelen van comorbide stoornissen (Horsfall et al, 2009).

Recent is naast aandacht voor risicofactoren meer aandacht voor positieve kenmerken van delinquenten. Deze 'strength-based' modellen (zoals het Good Lives Model en de Desistance-theorie, zie bv. Robertson, Barnao & Ward, 2011) geven aan dat juist de talenten

en interesses van delinquenten belangrijk zijn om in de behandeling te betrekken. Het versterken van positieve factoren zou bijdragen aan het voorkomen van terugval in risicogedrag. Er zijn nog geen concrete interventies die uit deze theorieën naar voren komen. Andere onderzoekers geven aan dat het RNR/What Works model en de strength-based modellen elkaar goed kunnen aanvullen en niet moeten worden gezien als tegenstellingen, zoals soms het geval lijkt te zijn (zie bv. Braet, 2008, in: Pomp, 2009).

5.8 Belangrijke elementen bij het ontwikkelen van behandelprogramma's

In Nederland is een Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie ingesteld die beoordeelt of gedragsinterventies in principe effectief kunnen zijn. Deze commissie gebruikt criteria die ook uit het hiervoor genoemde onderzoek naar voren komen over effectiviteit van interventies. Hieronder worden de tien kwaliteitscriteria de commissie vermeld. Deze zijn niet specifiek ontwikkeld voor interventies voor delinquenten met ernstige psychiatrische problematiek maar zijn zo algemeen van aard dat zij wel toepasbaar zijn voor de PPC's.

- Tien kwaliteitscriteria voor strafrechtelijke interventies gericht op het voorkomen van recidive (Erkenningscommissie, 2008):
1. Theoretische onderbouwing: de gedragsinterventie is gebaseerd op een analyse van het delictgedrag en een expliciet veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.
 2. Selectie van justitiabelen: het type justitiabele waarop de gedragsinterventie zich richt wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd.
 3. Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren: de gedragsinterventie is gericht op het beïnvloeden van veranderbare risicofactoren en op protectieve factoren die samenhangen met het criminele gedrag.
 4. Effectieve (behandel)methoden: er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn.
 5. Vaardigheden: de aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden.
 6. Fasering, intensiteit en duur: de intensiteit en duur van de gedragsinterventie sluit aan bij de problematiek van de deelnemer.
 7. Betrokkenheid en motivatie: betrokkenheid van de deelnemer bij de gedragsinterventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.
 8. Continuïteit: er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele.
 9. Interventie-integriteit: de gedragsinterventie wordt uitgevoerd zoals deze bedoeld is.
 10. Evaluatie: een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie.

Inmiddels zijn een aantal interventies erkend voor reguliere gedetineerden, op het gebied van arbeidsvaardigheden, agressieregulatie, cognitieve vaardigheden, antisociale denkpatronen en verslavingsproblematiek (zie www.erkenningscommissie.nl). De meeste interventies kunnen ook gevolgd worden door delinquenten met psychiatrische problematiek, tenzij sprake is van acute psychiatrie. Ook PPC-patiënten kunnen in principe dus deelnemen aan deze erkende interventies mits zij ook aan de overige selectiecriteria voldoen (zoals taalbeheersing en benodigde tijd (strafrestant) om interventie af te ronden). Vanuit de TBS zijn nog geen interventies voorgelegd aan deze commissie. De PPC's zouden gebruik kunnen maken van de erkende interventies, voor zover de PPC-patiënten aan de selectiecriteria voldoen. Daarnaast is het raadzaam dat de PPC's bij het ontwikkelen van nieuwe interventies rekening houden met de genoemde criteria, om een zo groot mogelijke kans op succes te bereiken.

5.9 Conclusie

Er is veel onderzoek gedaan naar behandeling van psychiatrische stoornissen en naar behandeling gericht op gedragsverandering en het voorkomen van recidive. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de PPC-setting: psychiatrische patiënten die kortdurend behandeld worden in detentie. De beschikbare onderzoeksliteratuur is dus niet zonder meer toepasbaar voor de PPC's.

Bij de behandeling van psychiatrische stoornissen van patiënten in de PPC's gelden wettelijke eisen. Voor de behandeling van verschillende psychiatrische stoornissen zijn richtlijnen voor psychiaters beschikbaar (zie www.efp.nl en nvvp.net). Momenteel ontwikkelen de PPC's zelf verder behandelprogramma's. Het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose biedt een toolkit aan waarin interventies worden vermeld die geschikt zijn voor patiënten met dubbele diagnose. Hoewel deze interventies niet speciaal zijn ontwikkeld voor delinquenten, lijken de meeste wel toepasbaar voor de PPC's. Zij overlappen voor een deel met interventies (zoals de leefstijltraining) die door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitiabelen zijn erkend (we komen hier straks op terug) en met interventies die uit de literatuur naar voren komen (zoals motiverende gespreksvoering).

Uit de literatuur komen behandelmethoden naar voren die voor delinquenten met psychiatrische stoornissen en voor delinquenten met dubbele diagnose effectief kunnen zijn. We noemen hier kort: medicatie, medicatie- en symptoommanagement, voorlichting over medicatie, het aanleren van praktische en sociale vaardigheden (met behulp van rollenspelen), groepstherapie, cognitieve gedragstherapie, terugval preventiemethoden, zelfhulpgroepen en case management. Ook adviseren onderzoekers om gesuperviseerde werkgroepen, peer-mentoren en peer-support groepen te gebruiken. Daarbij zou relatief veel steunende feedback moeten worden gegeven, omdat gedetineerden met een dubbele diagnose minder goed kunnen omgaan met stress en/of emotionele druk. Ook komen uit de literatuur inzichten naar voren over de meest effectieve volgorde van behandeling van verschillende stoornissen (waar moeten we mee beginnen?).

Uit onderzoek naar de behandeling van andere risicofactoren (dus anders dan psychiatrische of verslavingsproblematiek) komen drie hoofdelementen naar voren die belangrijk zijn in behandeling van delinquenten. Dit worden de 'RNR-principes (Risk/Need/Responsivity)' of 'What works principes' genoemd: het risicoprincipe (hoe hoger het risico, hoe intensiever de behandeling moet zijn), het behoefteprincipe (de behandeling moet zich richten op de veranderbare risicofactoren van de individuele patiënt) en het responsiviteitsprincipe (de behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de patiënt zoals IQ, motivatie, leerstijl, omstandigheden, groepsgeschiktheid e.d.). Gedetineerden moeten dus niet als homogene groep gezien worden maar er is maatwerk nodig.

In Nederland is door het ministerie van Veiligheid & Justitie een Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie ingesteld die inschat of gedragsinterventies voor delinquenten effectief kunnen zijn. Deze commissie gebruikt criteria die uit onderzoek naar voren komen over effectiviteit van interventies. De meeste interventies kunnen ook gevolgd worden door delinquenten met psychiatrische problematiek, tenzij sprake is van acute psychiatrie. Ook PPC-patiënten kunnen in principe dus deelnemen aan deze erkende interventies mits zij ook aan de overige selectiecriteria voldoen (zoals taalbeheersing en benodigde tijd (strafrestant) om interventie af te ronden).

Daarnaast is het raadzaam om bij het ontwikkelen van nieuwe interventies rekening te houden met deze criteria, om een zo groot mogelijke kans op succes te bereiken. Ook kan gekeken worden naar innovatieve methoden die momenteel in ontwikkeling zijn, zoals games en kortdurende veelbelovende behandelingen voor alcoholverslaving die gericht zijn op neurocognitieve processen.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur:

- Gebruik voor behandeling de multidisciplinaire richtlijnen voor behandelaars en de reeds beschikbare onderzoeksliteratuur en ontwikkel en evalueer waar nodig aangepaste richtlijnen voor de PPC-patiënten.
- Ga na in hoeverre interventies die door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitiabelen erkend zijn gebruikt kunnen worden voor PPC-patiënten. Hou bij het ontwikkelen van interventies rekening met de criteria van de Erkeningscommissie en leg ze voor ter beoordeling aan deze commissie.
- Gebruik bij de ontwikkeling van nieuwe interventies innovatieve methoden, zoals games en kortdurende veelbelovende behandelingen voor alcoholverslaving, die gericht zijn op neurocognitieve processen.

6. Continuïteit van zorg en behandeling

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt weergegeven wat uit de bestudeerde onderzoeksliteratuur naar voren komt over het bevorderen van continuïteit van zorg voor (ex-)gedetineerden met psychiatrische stoornissen.

De PPC's zijn specifiek ingesteld om forensisch-psychiatrische zorg en behandeling te verlenen aan gedetineerden met een psychiatrische stoornis. Het vorige hoofdstuk ging in op de verschillende aspecten die relevant zijn voor behandeling. Het blijkt echter vaak niet mogelijk om langdurige zorg en behandeling te geven aan PPC-patiënten, omdat de gemiddelde verblijfsduur van gedetineerden binnen PPC's vaak maar kort is (soms slechts enkele weken, maar momenteel gemiddeld zo'n drie maanden). Dit komt bijvoorbeeld doordat de gevangenisstraffen kort zijn en de patiënt snel na opname in de PPC vrijgelaten wordt. Wel is in dat geval vaak vervolgzorg nodig.

Het is van groot belang dat de zorg en behandeling worden gecontinueerd door een vervolginstelling. Het gaat hierbij zowel om psychische zorg, als ook ondersteuning bij onder andere het vinden van onder andere woning en werk.

Het belang van een goede continuering van zorg zou met name gelden voor ex-gedetineerden met een dubbele diagnose en/of verslavingsproblematiek omdat voor hen de vooruitzichten na vrijlating het slechtst zijn (Castilo & Alarid, 2011; Lurigio, 2011; Mallik-Kane & Visher 2008; in Baillargeon, Hoge, & Penn, 2010; Metraux & Culhane, 2004; in Baillargeon, Hoge, & Penn, 2010; Peters & Bekman, 2007; Theurer & Lovell, 2008; Vinkers, Beurs, & Barendrecht, 2009). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat continuering van zorg een gunstig effect heeft voor deze groepen (Heilbrun et al., 2012; Simpson et al., 1999; in Chandler, Peters, Field, & Juliano-Bult, 2004; Sacks, Chaple, Sacks, McKendrick, & Cleland, 2012; Wexler, Melnick, Lowe, & Peters, 1999; in Chandler, Peters, Field, & Juliano-Bult, 2004; Wormith et al., 2008). Zo zou de terugval in drugsgebruik en recidive minder zijn bij een goede continuering van zorg (Wormith et al., 2008). Het is dus van belang dat er een goede afstemming is tussen de penitentiaire inrichtingen en extramuraal (zorg)voorzieningen (o.a., reclassering, GGZ, en forensisch psychiatrische instellingen).

In Nederland is het besef van het belang van nazorg duidelijk. Er is een speciaal programma voor ontwikkeld dat is gericht op een goede doorstroom en het bieden van nazorg voor reguliere gedetineerden. Als gevolg hiervan ondertekenden in juli 2009 gemeentes en Justitie het 'Samenwerkingsmodel Nazorg volwassen (ex-) gedetineerde burgers, gemeenten - Justitie' waarin de samenwerking bestuurlijk werd vastgelegd (VNG, 2011). In dit model zijn de gemeenschappelijke ambities en de wederzijdse taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten en Justitie op het gebied van nazorg op hoofdlijnen vastgelegd. We komen hier later op terug.

6.2 Problemen bij de continuïteit van zorg

Bij de continuïteit van zorg aan en toezicht op ex-gedetineerden doen zich vaak een aantal problemen voor (o.a., Zwemstra, 2009). In de (met name Engelstalige) literatuur op het gebied van door- en terugplaatsing en continuïteit van zorg van zorg voor gedetineerden, worden hiervoor verschillende redenen aangevoerd. Genoemd worden onder andere het ontbreken van een 'ontslagplan' of 'transitieplan', het langs elkaar heen werken van verschillende instanties, juridische beperkingen in het kunnen opleggen van zorg nadat de straf is uitgezeten, en zorginstellingen die niet kunnen voldoen aan de specifieke risico's en behoeftes van deze doelgroep of die werken volgens doelstellingen die niet aansluiten bij de behoeftes van de doelgroep. Zo is er een behoefte aan plekken die langdurige zorg bieden terwijl er in de maatschappij juist een trend is naar ambulante, kortdurende zorg en zijn behandelingen voor ex-gedetineerden vaak nog teveel gericht zijn op het bevorderen van de veiligheid binnen de samenleving (terugdringen van recidive) en te weinig op het verminderen van de symptomen van de stoornis (Lamb, Weinberger, & Gross, 1999). Ook wordt genoemd dat behandelprogramma's in de vrije samenleving vaak niet in staat zijn om comorbide stoornissen te behandelen bij personen die in het verleden niet gebaat waren bij een behandeling (treatment resistance) (in Baillargeon, Hoge, & Penn, 2010) en dat er simpelweg te weinig plaatsen beschikbaar zijn. Ten slotte wordt als reden voor de falende continuïteit in zorg genoemd dat deze belemmerd wordt door verschillen in financieringsvormen en indicatiestellingsprocedures (Wits, Kaal, & van Ooyen-Houben, 2011).

Volgens Edens, Peters en Hills (2007) ontstaan problemen in het coördineren en verkrijgen van zorg en dienstverlening na vrijlating vaak door een gebrek aan middelen in de gemeenschap (overgangshuisvesting, extramuraal behandelprogramma's) voor gedetineerden die vrijgelaten worden (zie ook, Baillargeon, Hoge, & Penn, 2010; Peters, LeVasseur, & Chandler, 2004) en door weerstand tegen de behandeling en re-integratie van mensen met een strafblad (Brooker, & Gojkovic, 2009). Zo zouden ex-delinquenten die fysiek geweld hebben gebruikt worden geweerd uit de geestelijk gezondheidszorg (Lamb, Wienberger, & Gross, 1999). Verder worden genoemd een gebrek aan geestelijke gezondheidszorg specifiek gericht op ex-gedetineerden (met een dubbele diagnose), een gebrek aan toezicht op het innemen van medicatie binnen verslavingsprogramma's in de vrije samenleving, een gebrek aan training over en aandacht voor psychische problematiek onder toezichthouders, en ten slotte ligt er een oorzaak bij de ex-gedetineerden zelf die vaak stoppen met de behandeling zodra ze vrijgelaten worden (niet op komen dagen). Bij dit laatste komt het belang van motivatie voor verandering naar voren, dat we in hoofdstuk 4 bespreken.

6.3 Het tot stand brengen van continuïteit van zorg en behandeling

Een goede psychiatrische nazorg begint eigenlijk al bij een goede screening van individuen zodra zij in contact komen met het penitentiaire systeem/strafrecht. Zoals al eerder genoemd in het hoofdstuk Diagnostiek zijn hiervoor gevalideerde meetinstrumenten nodig en getraind personeel.

Wanneer dit nodig is, moet de penitentiaire inrichting zorg verlenen. In het geval van de PPC's gaat het hierbij in ieder geval om stabilisatie (bijvoorbeeld door medicatie) en crisisinterventie (Scheyet & Vaughn, 2009). Vaak blijft er weinig tijd over voor behandeling omdat de patiënt wordt vrijgelaten. Maar zelfs of juist wanneer een verblijf in een penitentiaire inrichting maar van korte duur is, zoals vaak het geval is in de PPC's, moet al direct een aanvang worden gemaakt met het opstellen van een transitie- of ontslagplan voor het moment van vrijlating. Het moment van vrijlating zou dus een integraal onderdeel moeten zijn van de aanpak binnen de PPC's (Salize, Dressing, & Kief, 2007).

Het schrijven van een individueel ontslagplan opgesteld door medewerkers van de instelling, de gedetineerde zelf en zo mogelijk de familie van de gedetineerde, wordt door Haimowitz (2004) dan ook gezien als één van de twee essentiële ingrediënten ter continuering van zorg.

In dit ontslagplan is naast informatie over medicatie, zorgverzekering, inkomensgegevens e.d. ook aandacht voor de begeleiding en opvang gedurende de eerste dagen na de vrijlating. Tevens moet het plan alle betrokken partijen benoemen en moet elk van deze partijen zijn taken en verantwoordelijkheden kennen en een eigen ontslagplan hebben. Dit betekent dus dat de communicatie tussen de verschillende partijen al lang voor de vrijlating op gang is gebracht. Het gaat hierin met name om de communicatie en samenwerking tussen de PI, de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg, maar ook de reclassering en gemeenschapsinitiatieven kunnen een belangrijke rol spelen (Osher, Steadman, & Barr, 2003).

Het vaststellen van verantwoordelijkheden, rollen, en procedures ('als...', 'dan...') voor wanneer de cliënt afspraken niet nakomt (geen medicatie innemen, niet op afspraak verschijnen, begaan delict) is het tweede essentiële ingrediënt dat door Haimowitz (2004) wordt genoemd.

De aandachtspunten en aspecten genoemd door Haimowitz, zullen we straks weer tegenkomen bij de bespreking van twee modellen die een handvat kunnen bieden bij de organisatie van een continue zorgvoorziening.

Uit onderzoek blijkt dat het plannen en voorbereiden van de geestelijke gezondheidszorg na de vrijlating één van de belangrijkste, maar ook één van de minst aangeboden diensten is in gevangenissen en andere strafrechtelijke instellingen (voor een review zie: Chandler, Peters, Field, & Juliano-Bult, 2004). Genoemd wordt dat er een groot gebrek is aan diensten die de overgang regelen van de gevangenis terug naar de gemeenschap (Peters, LeVasseur, & Chandler, 2004). Daarnaast zijn de relaties tussen de verschillende instellingen die op dit front moeten samenwerken vaak onvoldoende (Chandler et al., 2004; Peters et al., 2004). Hierdoor kan het gebeuren dat diensten worden gestaakt of er dubbel werk wordt gedaan terwijl de huidige technologische ontwikkelingen en de mogelijkheid tot een gezamenlijk datasysteem, deze samenwerking juist zouden kunnen bespoedigen (Wormith et al., 2008).

6.4 Het verbeteren van samenwerking tussen instanties

Belangrijk bij het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende instanties is dat zij de barrières en obstakels die deze samenwerking belemmeren, identificeren. Pas daarna kunnen ze hun diensten beter coördineren en integreren (Wendy, Vogel, Chan, Noether, & Steadman, 2007). Hieronder worden drie modellen besproken: het ACTION-model, het APIC-model en het Nederlandse Nazorgprogramma.

6.4.1 Het ACTION-model

Het ACTION-model pleit voor een multidisciplinaire aanpak om de samenwerking te bespoedigen. Essentieel onderdeel in dit model is het zogenaamde 'Action plan' waarin alle korte- en lange termijn doelstellingen zijn opgenomen die behaald moeten worden om de samenwerking te verbeteren.

Een eerste stap in de totstandkoming van dit plan is het informeren van alle betrokkenen over de specifieke behoeftes van ex-delinquenten met psychische en/of verslavingsproblematiek. Dit wordt 'consensus building' genoemd. Consensus building is belangrijk omdat kennis over de specifieke behoeftes van deze groep niet altijd beschikbaar is bij onder andere toezichthouders in de gemeenschap (Edens, Peters, & Hills, 1997). Daarnaast leren de verschillende professionals op deze manier over elkaars uitgangspunten en doelstellingen waardoor er een nauwe band kan ontstaan (Lamb, Weinberger, & Gross, 1999). Vervolgens wordt in de fase van 'systems mapping' middels een 'lokale sociale kaart' in kaart gebracht wie welke diensten aanbiedt en wordt er per interventie nagegaan waar

er gaten in de dienstverlening zitten. Tenslotte wordt in de implementatiefase bepaald hoe de gevonden gaten en knelpunten kunnen worden verholpen. Een eerste evaluatie van dit ACTION-model liet zien dat de knelpunten vooral betrekking hadden op het plannen van de vrijlating, het treffen van voorbereidingen binnen de samenleving voor de terugkeer van de gedetineerden, en samenwerkingsstrategieën voor de rehabilitatie van de gedetineerde.

6.4.2 Het APIC-model

Een ander model dat erop gericht is de continuïteit van zorg te waarborgen, is het zogenaamde APIC-model van Osher, Steadman, en Barr (2003). Het model, gericht op transitieplanning, onderscheidt, te weten: Assess, Plan, Integrate, en Coordinate (tezamen APIC).

In de fase van assessment (A: Assess) is het de bedoeling dat de klinisch-medische en sociale behoeftes van de gedetineerde vastgesteld worden alsook het veiligheidsrisico voor de gemeenschap bij vrijlating. Hierbij is het zaak extra opletting te zijn in het opsporen van comorbiditeit omdat dit vaak voorkomt bij gedetineerden. Aan te raden is om voor deze fase 1 persoon of team aan te stellen als verantwoordelijk voor de screening op alle facetten.

Het transitieplan moet rekening houden met de culturele achtergrond van de gedetineerde, zijn of haar taal, sekse en leeftijd. Verder is het noodzakelijk om ook financiële voorzieningen op te nemen in het plan en de verzekeringsstatus van de gedetineerde te bekijken zodat hij of zij aanspraak kan maken op zorgfaciliteiten¹¹. Wanneer er geen financiële middelen zijn, moet er actie worden ondernomen om ervoor te zorgen dat de gedetineerde bij vrijlating niet met lege handen komt te staan. In het opstellen van het transitieplan is een nauwe samenwerking met de gedetineerde vereist niet alleen omdat de gedetineerde diegene is die de informatie moet verschaffen voor de screenings, maar ook omdat het meer in het algemeen van belang is dat de gedetineerde al zijn of haar behoeftes aangeeft (zie ook het hoofdstuk over Motiveren, waarin wordt aangegeven dat de patiënt zelf echt de wil tot verandering moet hebben wil behandeling effect kunnen hebben). Op deze wijze kan het transitieplan een gezamenlijk product zijn van de instellingen en de gedetineerde. Dit vergroot de motivatie en acceptatie van de maatregelen die opgenomen worden in het plan van de kant van de gedetineerde. Het kan zelfs zo zijn dat de gedetineerde zelf delen van fase 2 (planning) op zich neemt.

Nadat de behoeftes zijn geïnventariseerd in fase 1, wordt in de Plan-fase (fase 2) geregeld dat aan deze behoeftes ook daadwerkelijk kan worden voldaan. Denk hierbij aan het regelen van huisvesting, het inlichten van familie, het vinden en regelen van een geïntegreerde aanpak van zowel de verslavingsproblematiek als de psychische stoornis, het treffen van maatregelen die medicatie-inname bevorderen en voorzien in andere noodzakelijke medische zorg, het regelen van werk of een uitkering en kinderopvang, en het regelen van overige voorzieningen die een terugkeer in de samenleving bevorderen. Een kritieke fase in de overgangperiode is de periode direct na vrijlating, dat wil zeggen de eerste uren, dagen en weken (zie ook Haimowitz, 2004). Hierbij hoort ook het regelen van geschikte kleding, voedsel en transport.

In fase 3 worden alle belangrijke betrokkenen geïdentificeerd en wordt ervoor gezorgd dat ieder van hen over alle informatie beschikt die hij of zij nodig heeft. Het delen van vertrouwelijke informatie moet besproken en afgestemd worden tussen de verschillende samenwerkingspartners. Het type instelling en het type zorg dat wordt geboden of type voorziening dat wordt gezocht moet matchen met de behoeftes, eigenschappen (o.a. culturele achtergrond), situatie (financieel) en motivatie van de ex-gedetineerde. Toezicht en voorzieningen moeten qua intensiteit ook matchen met de intensiteit die nodig is. Dat wil zeggen dat ex-gedetineerden die weinig risico lopen en weinig toezicht behoeven niet onder zwaar toezicht worden geplaatst. Ook de mate van het gebruik van drang om ex-gedetineerden te motiveren om deel te nemen aan een behandeling moet gedoseerd worden (bijvoorbeeld niet dreigen met gevangenisstraf bij een kleine overtreding).

In de laatste fase, de fase van coördinatie, gaat het erom te zorgen voor een goede implementatie waarbij gaten in de zorgverlening moeten worden gedicht. Ook nu is het belangrijk dat er één persoon, de casemanager, wordt aangewezen als hoofdverantwoordelijke. Het gaat hierbij om zowel de zorg binnen de gevangenis, als daarbuiten. Ook teams kunnen de rol aannemen van 'casemanager'. Succesvol gebleken in het verminderen van recidive zijn bijvoorbeeld de 'Assertive Community Treatment' (ACT) teams die zich specifiek richten op ex-gedetineerden met psychische stoornissen (Lamberti, 2001, in Osher, Steadman, & Barr, 2003). Instellingen die verantwoordelijkheid nemen voor de ex-gedetineerde moeten worden aangemoedigd om al vóór de vrijlating contact te leggen met de gevangenis en de gedetineerde. Penitentiaire inrichtingen kunnen dit faciliteren door bijvoorbeeld procedures te versimpelen en de wachttijd te verkorten. Wanneer de gedetineerde vrijkomt, moet deze zelf ook over alle benodigde informatie en documentatie (paspoort, verzekeringsbewijs e.d.) beschikken. Wanneer, waar en met wie is bijvoorbeeld de eerste afspraak? Wie moet er gebeld worden in geval van nood?

Het APIC model is een volledig model dat in alle fases van transitie voorziet en de kritische elementen in de transitie benoemt. Hoewel het model de transitie van de gevangenis naar de maatschappij lijkt te benadrukken, is het model ook toepasbaar voor de omgekeerde situatie: van maatschappij terug naar de gevangenis (eventueel tijdelijk).

De uitgebreide documentatie in het transitieplan waarin de behoeftes van het individu (gedetineerde, ex-gedetineerde) zijn opgenomen en het delen van informatie tussen alle betrokkenen waardoor de informatie ook up-to-date is, dragen allemaal bij aan een goede overgang. Overigens vermelden de auteurs ook nog dat een goede transitie vraagt om een team dat de implementatie van het transitieplan monitort en ingrijpt waar dit nodig is.

6.4.3 Het Nederlandse nazorgmodel

Zoals eerder vermeld is er in Nederland een nazorgprogramma voor reguliere gedetineerden. Dit model is niet specifiek gericht op delinquenten met psychiatrische stoornissen maar is ook gericht op het verkrijgen van zorg voor ex-gedetineerden. Het nazorgmodel is daarnaast gericht op het verkrijgen van identiteitsbewijs, huisvesting en inkomen en werk, schulden, zorg.

In Nederland heeft Stimulansz in opdracht van het Ministerie van Justitie en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten in drie gemeenten (Hoorn, Rotterdam, Leeuwarden) in kaart gebracht hoe de nazorg aan gedetineerden georganiseerd wordt (2010). In kaart gebracht is onder andere wie de samenwerkingspartners zijn en wie verantwoordelijk is (bv. een Veiligheidshuis of speciaal gemeentelijk loket), welke afspraken gemaakt zijn, hoe het overleg is georganiseerd en hoe de nazorg financieel is geregeld. Verder wordt de doelgroep van de nazorg omschreven en de doelstelling van de nazorg waarbij ook aandacht is voor de toetsing van effectiviteit van de nazorg. Uit het onderzoek komt naar voren dat gemeentes elk op eigen wijze invulling geven aan de nazorg. Uit de praktijk van de forensische zorg en PPC's blijkt dat de samenwerking en overdracht van patiënten aan GGZ-instellingen nog altijd lastig is. Wellicht kunnen uit de ACTION- en APIC-modellen nog verdere aanknopingspunten worden verkregen om de nazorg, met name op het gebied van continuïteit van zorg en behandeling, te versterken. Het is dan belangrijk dat er goede screeningsmethodes zijn, niet alleen gericht op de praktische zaken zoals huisvesting en inkomen maar ook op zorgbehoefte, zoals hiervoor werd beschreven.

6.5 Juridische mogelijkheden of beperkingen

De rechtspraak moet samenwerken met gedrags- en medisch deskundigen om interventies te ontwikkelen die klinisch van aard zijn in plaats van de traditionele juridische interventies (gevangenisstraf, boete) en die kunnen worden opgelegd in het geval van psychische episodes en daaraan verwant delictgedrag (Pelissier, Jones & Cadigan, 2007). In Nederland is dat mogelijk. Gedetineerden kunnen onder (bijzondere) voorwaarden worden vrijgelaten, bijvoorbeeld onder de voorwaarde dat zij behandeling volgen of geen drugs gebruiken. In dat geval ziet de reclassering toe op de naleving van deze voorwaarden door de delinquent. Er zijn gradaties in de aanpak van overtredingen van de voorwaarden: de reclassering geeft bij lichte overtredingen één of meerdere waarschuwingen en licht niet altijd direct het Openbaar Ministerie in (die in dit geval alsnog gevangenisstraf kan opleggen). Met name bij delinquenten met verslavingsproblematiek en dubbele diagnose wordt terugval gezien als een onderdeel van een proces waarbij niet meteen hard gestraft moet worden wanneer er een kleine terugval is. De mogelijkheid om delinquenten behandeling op te leggen wanneer de straf is voltooid is er echter niet terwijl daar wel behoefte aan is bij behandelaars.

Ook stellen onderzoekers dat klinisch-medisch deskundigen ook betrokken moeten worden in de bepaling van vrijlating: is de patiënt er klaar voor? Bij gedetineerden is dat juridisch niet mogelijk; vrijlating gebeurt op juridische titel en niet naar zorgbehoefte (anders dan bij TBS-patiënten waarbij de juridische titel verlengd kan worden als er nog steeds gevaar is).

¹¹ In dit kader wordt ook nagegaan wat mogelijke gevolgen zijn van de verhoging van de eigen bijdrage voor psychiatrische behandeling voor de instroom van patiënten in de PPC's (Impact R&D, in opdracht van DJI, zomer 2012).

3

Conclusies

6.6 Conclusie

Uit de literatuur komt duidelijk naar voren dat het van groot belang is dat de zorg en behandeling van delinquenten met dubbele diagnose of verslavingsproblematiek worden gecontinueerd door een vervolginstelling omdat dit de kans op effectieve behandeling vergroot. Dit literatuur ondersteunt daarmee duidelijk het belang dat de PPC's hechten aan het doel continuïteit van zorg en het zo snel mogelijk doorplaatsen van patiënten naar een vervolginstelling binnen de GGZ.

Het gaat hierbij zowel om psychische zorg, als om ondersteuning bij praktische zaken zoals het vinden van onder woning en werk. Om dat te bereiken is goede afstemming nodig tussen de penitentiaire inrichtingen en extramuraal (zorg)voorzieningen. In het onderzoek worden vele problemen beschreven die zich voordoen bij de (dis)continuïteit van zorg. Ook worden aanwijzingen gegeven waardoor deze problemen verminderd kunnen worden. De nazorg begint eigenlijk bij binnenkomst van de patiënten met screening en het maken van een ontslagplan dat is afgestemd op de problematiek en (zorg) behoefte. Zoals in het vorige hoofdstuk vermeld is motivering essentieel voor behandeling en daarmee ook voor vervolgbehandeling.

Voor het verbeteren van samenwerking tussen instellingen, waar de PPC's ook nadrukkelijk op zijn gericht, zijn verschillende modellen ontwikkeld, waaronder het Nederlandse nazorgmodel. Gezien de specifieke problemen in het tot stand brengen van vervolgzorg vraagt het nazorgmodel wellicht extra aanvulling voor PPC-patiënten. De literatuur en de buitenlandse modellen kunnen hier wellicht aanknopingspunten voor bieden, hoewel continuïteit van zorg ook in andere landen een zeer lastig te bereiken doel lijkt te zijn. Ook de juridische mogelijkheden zijn beperkt zodat het niet mogelijk is om patiënten na het voltooien van hun straf verplicht te laten behandelen, ook al is voor behandelaars evident dat dat wel nodig is. Een voorwaardelijke straf, waarbij de PPC-patiënten onder toezicht van de reclassering worden geplaatst en waarbij de rechter bijzondere voorwaarden (zoals een behandeling) kan opleggen zou voor sommigen wellicht zinvoller zijn dan een korte gevangenisstraf.

Aanbevelingen die voortkomen uit de onderzoeksliteratuur:

- Geef prioriteit aan continuïteit van zorg en behandeling. Begin zo spoedig mogelijk na binnenkomst van een patient met een ontslagplan. De nazorg begint eigenlijk met screening van patiënten bij binnenkomst en het maken van een ontslagplan dat is afgestemd op de problematiek en (zorg)behoefte. Motivering is daarbij essentieel voor behandeling en daarmee ook voor vervolgbehandeling.
- Ontwikkel samenwerkingsmodellen en evalueer die (op kleine schaal). Er zijn aspecten bekend die de zorgcontinuïteit kunnen verbeteren en de samenwerking tussen organisaties kunnen vergroten. Voor het verbeteren van samenwerking tussen instellingen, zijn verschillende modellen ontwikkeld, waaronder het Nederlandse nazorgmodel die de PPC's kunnen gebruiken en doorontwikkelen. Zoek daarbij samenwerking met de reclassering, GGZ en nazorgorganisaties.

1. Conclusies

In de vorige hoofdstukken werd beschreven wat de internationale onderzoeksliteratuur zegt over de verschillende taken van de PPC's en wat bekend is over effectieve methoden en processen. In dit slothoofdstuk wordt weergegeven over welke onderwerpen al veel bekend is en over welke onderwerpen minder wetenschappelijke kennis beschikbaar is. Afhankelijk van de wetenschappelijke kennis die er al is, kan worden bepaald welk nieuw onderzoek nodig en nuttig is voor de PPC's.

1.1 Stabiliseren

Stabiliseren (het inzetten van maatregelen en interventies die de fysieke en psychische toestand van de patiënt stabiliseren) is nodig om veiligheid te kunnen garanderen voor de patiënten zelf en voor de medewerkers. Pas nadat patiënten gestabiliseerd zijn kan behandeling starten, eerst moet een stabiele situatie bereikt worden en moeten (agressieve) incidenten zoveel mogelijk beperkt worden. Uit onderzoek blijkt dat dit voor de PPC's belangrijk is omdat gedetineerden met psychiatrische problematiek twee tot drie keer meer fysieke en verbale agressie uiten dan gedetineerden zonder psychiatrische problematiek, dat er meer incidenten en suïcidepogingen zijn dan bij 'gezonde' gedetineerden en hun symptomen en gezondheid vaak achteruit gaan, allemaal factoren die een effectieve behandeling in de weg kunnen staan. Uit de onderzoeksliteratuur komen aspecten naar voren die van belang zijn bij het opvangen en stabiliseren van patiënten die bruikbaar zijn voor de PPC's. Het is van belang om afdelingen in de PPC's te hebben met verschillende beveiligingsniveaus waartussen patiënten snel heen en terug kunnen worden geplaatst indien dat nodig is. Vaak worden crisisteams ingezet die toezien op de psychische en medische behoeften van patiënten en een fasegewijze of een stapsgewijze aanpak gebruiken in crisissituaties. Het bejegenen en motiveren van patiënten door personeel is van grote invloed, omdat dit ook effect kan hebben op de subjectief ervaren dwang of drang door patiënten. Motiveren van patiënten voor verandering is van essentieel belang voor een effectieve behandeling. Ook komt duidelijk naar voren dat het belangrijk is om zo min mogelijk dwangmaatregelen te gebruiken en de patiënt ook daarbij een keuzemogelijkheid te geven (bv. dwangmedicatie of opsluiten in een isoleercel). Er zijn methoden (ook in de Nederlandse GGZ) die interessant zijn voor de PPC's. Ook blijkt uit onderzoek dat het aanleren van basale vaardigheden belangrijk is bij stabilisering, hoewel daar minder onderzoeksliteratuur over is gevonden. Tenslotte komt uit de literatuur naar voren dat aandacht nodig is voor het omgaan met agressie jegens personeel, niet alleen om burnout bij personeel te voorkomen, maar ook omdat het gedrag van personeel van grote invloed is op het gedrag van de patiënten. Zij dienen juist als pro-sociaal rolmodel te fungeren.

Uit de literatuur blijkt dat de keuze voor een aantal maatregelen die door de PPC's worden getroffen met als doel stabilisering van patiënten te bereiken, wordt ondersteund door kennis uit wetenschappelijk onderzoek. De wijze waarop de maatregelen door de PPC's zijn ingevuld zijn op hoofdlijnen beschreven, waardoor op grond van de documenten niet ingeschat kan worden in hoeverre de gebruikte methoden effectief zullen zijn. Wellicht kan inspiratie gevonden worden in de besproken literatuur bij verdere ontwikkeling of protocollering van methoden.

1.2 Diagnostiek

Het doel van diagnostiek is vooral het vaststellen van de problematiek van de patiënt, zodat bepaald kan worden welke zorg en behandeling moet worden geboden. Elke stoornis vereist immers een andere aanpak of behandeling. Daarbij moet zowel diagnose van de psychiatrische problematiek als van andere risicofactoren gedaan worden (factoren die gerelateerd zijn aan delictgedrag, zoals bijvoorbeeld huisvesting, financiën, antisociale attitudes, antisociale vriendenkring, denkfouten), zodat vervolgens aan alle probleemgebieden gewerkt kan worden. Daarnaast is het ook van belang om de sterke kanten en behoeften van de patiënten vast te stellen en deze in te zetten bij de verdere behandeling. Het uitvoeren van diagnostisch onderzoek bij de PPC-populatie is niet eenvoudig. Wel komen uit de literatuur aspecten naar voren die gebruikt kunnen worden bij de uitvoering van diagnose.

Er zijn verschillende instrumenten beschikbaar voor screening van patiënten bij binnenkomst. Voor diepgaande diagnose van psychiatrische problematiek is de DSM-IV geschikt als classificatiemethode (met de DM-ID voor licht verstandelijk gehandicapten), aangevuld door instrumenten die per stoornis verschillen. Het Trimbos-instituut heeft al een overzicht gemaakt van instrumenten die worden aanbevolen voor de PPC-doelgroep. Het afnemen van vragenlijsten is onvoldoende om tot een valide diagnose te komen, daarvoor is uitgebreid onderzoek en observatie nodig, uitgevoerd door een ervaren psychiater.

Voor de inschatting van andere criminogene factoren zijn ook verschillende instrumenten beschikbaar. Deze instrumenten lijken in de PPC's nog weinig aandacht te krijgen maar zijn volgens de onderzoeksliteratuur wel essentieel. Uit onderzoek komt duidelijk naar voren dat diagnose en risicotaxatie bij voorkeur gedaan moeten worden met gestructureerde en gevalideerde methoden omdat dit betrouwbaarder is dan een ongestructureerd professioneel oordeel van reclasseringswerkers of gevangenispersoneel. Voor de PPC's kan inspiratie verkregen worden bij de risicotaxatie-instrumenten RISC en MATE-CRIMI (die in reguliere PI's gebruikt worden en dus voor een aantal PPC-patiënten al zullen zijn afgenomen) en instrumenten die in de TBS gebruikt worden (zoals de HCR-20,

HKT-30, PCL-R, SVR-20, SAPROF, START). Het is van belang dat personeel goed wordt geschoold in de afname van de instrumenten en dat zo nodig na enige tijd opnieuw diagnose wordt gesteld. Bovendien is validering van instrumenten voor de PPC-doelgroep essentieel. Nieuw onderzoek kan mogelijk gericht worden op de vraag welke instrumenten de PPC's het best kunnen gebruiken voor diagnose van psychiatrische problematiek en wat het meest geschikte risicotaxatie-instrument voor de PPC's is (of welke het best aangepast kan worden). Daarbij geven onderzoekers en geïnterviewde deskundigen aan dat het de voorkeur verdient om ook wat betreft instrumentgebruik aan te sluiten bij andere instellingen in de keten, dus bijvoorbeeld instrumenten gebruiken die ook al in de PI's, of TBS, of GGZ gebruikt worden. Omdat het aantal patiënten met een licht verstandelijke handicap groot lijkt te zijn in de PPC's moet gelet worden op de vraag of de instrumenten ook bruikbaar en valide zijn bij deze doelgroep (met name ook bij patiënten met verschillende culturele achtergronden en IQ's).

1.3 Motiveren

Er is ook veel onderzoek gedaan naar het motiveren van delinquenten. Motivatie van patiënten voor behandeling, het verkrijgen van inzicht en de wil om nu echt te willen veranderen, is essentieel voor het behandelresultaat. Bij veel PPC-patiënten zal het nodig zijn om eerst met behulp van medicatie de psychische toestand te stabiliseren voordat aan het motiveren voor verdere behandeling en gedragsverandering kan worden begonnen. De literatuur suggereert dat er vervolgens vooral aandacht moet worden besteed aan motivering, omdat als de patiënt niet werkelijk wil veranderen, effectieve behandeling een illusie zal zijn.

Hoewel er veel onderzoek is gedaan lopen de concepten en metingen van motivatie uiteen waardoor de resultaten moeilijk te vergelijken zijn. Wel komt naar voren dat er verschillende methoden zijn die een goede aanvulling kunnen zijn voor de PPC's (wellicht in aangepaste vorm). Het betreft niet alleen motiverende gesprekstechnieken voor personeel maar ook programma's die grondig ingaan op de motivatie van de patiënten, de obstakels voor veranderingen en de manier waarop deze kunnen worden omgeboegen. Gezien het belang dat aan motivatie gegeven moet worden volgens de onderzoeksliteratuur vraagt dit onderwerp veel aandacht van de PPC's terwijl dat momenteel nog niet hoog op de prioriteitenlijst van de PPC's staat. Een aspect dat door de PPC's wel wordt genoemd en wordt ondersteund door onderzoek is het inzetten van familie en het herstellen van het contact met familie. Uit onderzoek komt naar voren dat familie of andere belangrijke en pro-sociale personen in de omgeving van de patiënten kunnen helpen bij het motiveren van patiënten.

1.4 Zorg en behandeling

Er is veel onderzoek gedaan naar behandeling van psychiatrische stoornissen, maar relatief weinig gedaan naar de PPC-setting: psychiatrische patiënten die kortdurend behandeld worden in detentie. De PPC's kunnen houvast en inspiratie krijgen bij: 1) wettelijke eisen voor behandeling in detentie, 2) richtlijnen voor behandeling van psychiatrische stoornissen door psychiaters (zie www.efp.nl en nvvp.net) (de PPC's ontwikkelen momenteel zelf verder behandelprogramma's) en 3) algemene inzichten over effectieve aanpakken voor gedragsverandering van delinquenten.

Uit de literatuur komen behandelmethoden naar voren die voor delinquenten met psychiatrische stoornissen en voor delinquenten met dubbele diagnose effectief kunnen zijn. Kort samengevat worden genoemd: medicatie, medicatie- en symptoommanagement, voorlichting over medicatie, het aanleren van praktische en sociale vaardigheden (met behulp van rollenspellen), groepstherapie, cognitieve gedragstherapie, terugval preventiemethoden, zelfhulpgroepen en case management, peer-mentoren en peer-support groepen en relatief veel steunende feedback. Ook komen uit de literatuur inzichten naar voren over de meest effectieve volgorde van behandeling van verschillende stoornissen (waar moeten we mee beginnen?).

Uit onderzoek naar de behandeling van andere risicofactoren (dus anders dan psychiatrische of verslavingsproblematiek) komen de 'RNR-principes (Risk/Need/Responsivity)' of 'What works principes' naar voren die van belang zijn voor effectieve behandeling van delinquenten: het risicoprincipe (hoe hoger het risico, hoe intensiever de behandeling moet zijn), het behoeftepincipe (de behandeling moet zich richten op de veranderbare risicofactoren van de individuele patiënt) en het responsiviteitsprincipe (de behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de patiënt zoals IQ, motivatie, leerstijl, omstandigheden, groeps geschiktheid e.d.). Gedetineerden moeten dus niet als homogene groep gezien worden maar er is maatwerk nodig; dit geldt ook voor PPC-patiënten.

Bij het toepassen van interventies en bij het ontwikkelen van nieuwe interventies voor de PPC's is het raadzaam om rekening te houden de kennis uit onderzoek. De PPC's kunnen gebruik maken van interventies die erkend zijn door de Nederlandse Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (ingesteld door het ministerie van Veiligheid & Justitie). De meeste van deze interventies kunnen ook gevolgd worden door delinquenten met psychiatrische problematiek, tenzij sprake is van acute psychiatrie. Ook PPC-patiënten kunnen in principe dus deelnemen aan deze erkende interventies mits zij ook aan de overige selectiecriteria voldoen (zoals taalbeheersing en benodigde tijd (strafrestant) om interventie af te ronden). Als nieuwe interventies ontwikkeld worden is het raadzaam om de criteria van de Erkenningscommissie te gebruiken om een zo groot mogelijke kans op effectiviteit te bereiken

Ook is het raadzaam om innovatieve methoden die momenteel in ontwikkeling zijn in de gaten te houden, zoals games en kortdurende veelbelovende behandelingen voor alcoholverslaving die gericht zijn op neurocognitieve processen.

1.5 Continuïteit van zorg en behandeling

Veel onderzoeksliteratuur gaat over het belang van continuïteit van zorg en behandeling. Uit de literatuur komt echter ook naar voren dat het bereiken van deze continuïteit (ook in andere landen) moeizaam tot stand komt. Er zijn wel aspecten bekend die de continuïteit kunnen verbeteren en de samenwerking tussen organisaties kunnen vergroten. Deze kunnen door de PPC's toegepast worden (zoals het gebruik van het ontslagplan, grondige voorbereiding en informatie-uitwisseling met vervolgvoorzieningen). Wellicht kan het huidige nazorgmodel aangevuld worden met onderdelen die meer specifiek gericht zijn op de continuïteit van zorg. Omdat samenwerking altijd lokaal wordt ingevuld vraagt dit onderwerp om lokale inspanningen van de PPC's. Deskundigen gaven in interviews aan dat het de voorkeur verdient om met slechts een klein aantal externe instanties samenwerking te zoeken, en daarmee intensieve banden aan te gaan. Dit zou de voorkeur hebben boven minder intensieve samenwerking met veel organisaties. Daarnaast zijn de juridische mogelijkheden beperkend voor continuïteit.

1.6 Lopend onderzoek

In bijlage 6 is een overzicht van titels opgenomen van lopend onderzoek dat relevant kan zijn voor de PPC's (een overzicht met meer inhoudelijke informatie is opgenomen in een apart document, zie www.mpct.eu). Uit het overzicht komt naar voren dat er veel onderzoek gedaan wordt in met name forensisch psychiatrische centra (TBS-klinieken). Zeer veel onderzoek is gericht op diagnose en op behandeling. Veel minder aandacht krijgen de onderwerpen stabiliseren, motiveren en continuïteit van zorg. Deze verdeling van aandacht is niet verwonderlijk omdat de TBS-klinieken ingericht zijn op langdurige behandeling (die zoals we hebben gezien voorafgegaan wordt door diagnostiek), en de patiënten komen vaak binnen nadat zij in de reguliere PI al zijn gestabiliseerd. Voor de PPC's geldt dat echter dat met name de onderwerpen stabiliseren, motiveren en continuïteit van zorg belangrijk zijn.

In **tabel 2** worden de conclusies samengevat in tabelvorm. Hiertoe wordt voor alle veronderstellingen die de PPC's hebben voor de effectiviteit van hun aanpak weergegeven (deze werden in deel 1 van dit rapport besproken). Vervolgens wordt per veronderstelling aangegeven in hoeverre deze wordt onderbouwd door de onderzoeksliteratuur dan wel waar risico's of aandachtspunten liggen. Het is bedoeld om snel een overzicht te krijgen van de belangrijkste conclusies. Voor nuances wordt terugverwezen naar de inhoud van deel 2 van dit rapport.

1.7 Tot slot

Hoewel lang nog alles niet bekend is, is er veel onderzoek beschikbaar dat nuttig is voor de PPC's. Er zijn methoden die effectief zijn en binnen de PPC's toegepast worden; het wiel hoeft op veel onderwerpen niet opnieuw uitgevonden te worden. Er zijn methoden die als basis kunnen dienen en door de PPC's aangepast kunnen worden zodat ze meer bruikbaar en effectief worden voor de PPC-patiënten.

De PPC is een bijzondere setting, vooral door de korte verblijfsduur van patiënten, waardoor de behandeling maar een beperkte rol kan spelen en meer nadruk komt te liggen op stabilisering, motivering en met name een goede overdracht naar vervolgzorg. Deze onderwerpen verdienen in de PPC veel aandacht en op dit gebied is meer onderzoek nodig. We hopen dat de beschreven literatuur de PPC's verder zal helpen bij het nadenken over de vraag welke kennis al toegepast wordt door de PPC's en welke kennis toegepast zou moeten worden, én op welke wijze. Ook kan dit leiden tot nieuwe experimenten en toepassingen binnen de PPC's.

Tabel 2. Samenvattend overzicht van veronderstelde werkzame mechanismen en onderbouwing uit de onderzoeksliteratuur.

✓ = wordt ondersteund door onderzoeksliteratuur | ? = geen onderzoek over gevonden | ! = aandachtspunt | » = toelichting op aandachtspunt.

Doel	Aanpak	Veronderstelde werkzame mechanismen
	Stabiliseren	<p>! Als crisismanagement en psychiatrische en gedragsgerichte interventies geboden worden in een veilige en beveiligde omgeving kunnen patiënten gestabiliseerd worden.</p> <p>» er zijn verschillende beveiligingsniveaus nodig, bij voorkeur zo min mogelijk dwangsituaties.</p> <p>! Als de PPC's een zorggericht en therapeutisch detentieklimaat hebben, kunnen patiënten beter gestabiliseerd worden.</p> <p>» behandeling is doorgaans effectiever in een omgeving met therapeutisch klimaat, dus belangrijk patiënten om zo snel mogelijk over te plaatsen naar GGZ.</p> <p>? Als de patiënt afstand krijgt van zijn stressvolle levensomstandigheden, ontstaat eerder stabilisatie van acute psychiatrische beelden, vermindert het gevaar voor de patiënt zelf en de omgeving, en ontstaan groeiomstandigheden, waardoor behandeling eerder kan starten.</p>
	Diagnostiek	<p>✓ Als PPC-patiënten snel en accuraat worden gediagnosticeerd, met gevalideerde instrumenten en methoden, kan sneller passende en effectieve behandeling worden gestart.</p> <p>! Er moet niet alleen diagnose gesteld worden van psychiatrische problematiek maar ook een inschatting gemaakt worden van andere criminogene risicofactoren en beschermende factoren.</p> <p>! Voor het inschatten van criminogene risicofactoren in te schatten zijn gestructureerde en gevalideerde instrumenten meer betrouwbaar dan het gemiddelde ongestructureerde professionele oordeel.</p> <p>! De instrumenten moeten gevalideerd worden voor de PPC-patiënten (ook culturele achtergrond en IQ).</p> <p>✓ Als de diagnostiek multidisciplinair plaatsvindt door geschoolde professionals, dan zal de diagnose beter zijn.</p>
	Motiveren	<p>! Als patiënten psycho-educatie, face-to-face gesprekken met hulpverleners, dagactiviteiten en basisvaardigheden krijgen dan zullen zij meer gemotiveerd raken voor behandeling.</p> <p>» voor het vergroten van motivatie is meer nodig: motiverende gesprekstechnieken van personeel en gerichte trainingen voor patiënten waar motivatie (treatment readiness en engagement) centraal staat. Zonder motivatie is succesvolle behandeling een illusie.</p> <p>✓ Als patiënten gemotiveerd zijn ('ready to change'), zullen zij eerder starten met behandeling.</p> <p>! Als patiënten worden aangesproken op hun eigen kracht en verantwoordelijkheid, zal hun motivatie om aan zichzelf te werken toenemen.</p> <p>» Ja, mits patiënten werkelijk gemotiveerd zijn en in staat zijn.</p> <p>! Als aandacht wordt besteed aan het herstellen en contact leggen met het familie-netwerk, dan zal de motivatie voor behandeling toenemen.</p> <p>» Ja, mits familie een pro-sociale, ondersteunende en motiverende rol kan spelen.</p> <p>✓ Als een systeembenadering wordt gehanteerd bij ernstige complexe patiënten, dan zal de kans op gedragsverandering vergroten.</p>
1: Bieden van zorg		
2: Verminderen van risicofactoren		
Zorg en behandeling		<p>? Als behandeling snel start, kan dat extra psychische en lichamelijke schade voorkomen.</p> <p>! Als behandeling start, kunnen criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden.</p> <p>» Ja, mits behandeling is gericht op die factoren en er voldoende tijd is.</p> <p>? Als criminogene risicofactoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, dan kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst naar de GGZ.</p> <p>» Doorgaans is het niet nodig om alle factoren eerst te verbeteren, wel aspecten als agressief gedrag.</p> <p>? Omdat er een zeer kleine groep langverblijvende patiënten in de PPC's is is het efficiënter om specifieke behandelmodules extern in te huren.</p> <p>✓ Als psychische stoornissen verminderd worden, zal het risico op recidive verminderen.</p> <p>! Als andere criminogene factoren verminderd worden en beschermende factoren versterkt worden, zal het risico op recidive verminderen.</p> <p>» Alleen de psychiatrische behandeling (inclusief verslavingsproblematiek) zal onvoldoende zijn om recidive te voorkomen als er ook andere criminogene factoren zijn, zoals gebrekkige cognitieve vaardigheden, anti-sociale attitude e.d.</p> <p>? Als behandeling sneller wordt gestart, zal de motivatie voor vervolgbehandeling vergroten.</p> <p>✓ Als er geschoolde professionals zijn kan kwalitatief goede zorg geboden worden.</p> <p>✓ Als er vertrouwen wordt gecreëerd tussen disciplines zal de organisatie beter functioneren en behandeling beter zijn.</p>
Continuïteit van zorg en behandeling		<p>✓ Als er goed contact is tussen PPC's en ketenorganisaties, zal de informatieverstrekking over patiënten beter zijn.</p> <p>✓ Als PPC's goed contact hebben met ketenorganisaties kunnen patiënten sneller worden doorgeplaatst.</p> <p>✓ Familie kan ondersteunen in het bereiken van continuïteit van zorg en behandeling.</p> <p>✓ Als patiënten worden doorgeplaatst naar de GGZ, dan kan betere en effectievere zorg en behandeling worden geboden, doordat de GGZ over meer specifieke behandelmethoden beschikt en doordat de patiënten in de vrijere setting beter kunnen oefenen met nieuw gedrag.</p> <p>! Als continuïteit van zorg en behandeling geboden wordt zal het risico op recidive verminderen.</p> <p>» ook andere criminogene factoren moeten verminderd worden.</p>

Literatuurlijst

Adviesbureau van Montfoort, & Reclassering Nederland (2004). *RISc versie 1.0. Recidive Inschattings Schalen*. Handleiding. Harderwijk: Flevodruk.

Akkerhuis, G.W., Groenestijn, M.A.C. van., & Nolen, W.A. (2005). *Vragenlijst Bipolaire Stoornissen*, Nederlandse vertaling, QBP-NL. Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen (KenBis). Verkregen van <http://www.kenniscentrumbipolairstoornissen.nl/>.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4TH ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andreasen, N. C. (1987). *Comprehensive assessment of symptoms and history* (CASH). Iowa: University of Iowa.

Baillargeon, J., Hoge, S. K., & Penn, J. V. (2010). *Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness*. American Journal of Community Psychology. 46, 361–375.

Bahr, S. J., Masters, A. L., & Taylor, B. M. (2012). *What Works in Substance Abuse Treatment Programs for Offenders?* The Prison Journal, 92, 155-174.

Bartelink, C. (2011). *Motiverende gespreksvoering*. Utrecht: NJI. Verkregen van: http://www.nji.nl/nji/dossierDownloads/watwerkt_motiverendegespreksvoering.pdf

Berzins, L. G., & Trestman, R. L. (2004). *The development and implementation of dialectical behaviour therapy in forensic settings*. International Journal of Forensic Mental Health, 3(1), 93-103.

Blackburn, R. (2004). 'What works' with mentally disordered offenders. Psychology, Crime & Law, 10(3), 297-308.

Boer, D., Hart, S., Kropp, P., & Webster, C. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20*. Burnaby, British Columbia, Canada: The British Columbia Institute Against Family Violence, the Mental Health, Law, and Policy Institute at Simon Fraser University.

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa: Public Safety Canada.

Bouwkamp, R. (1999). *Helen door Delen: Experiëntiële interpersoonlijke therapie — Theorie, methodiek, onderzoek*. Maarssen, Netherlands: Elsevier/De Tijdstroom.

Brooker, C., & Gojkovic, D. (2009). *The second national survey of mental health in-reach services in prisons*. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 20(1), 11-28.

Burns, K. A. (2011). *Psychiatry behind bars: Practicing in jails and prisons*. Current Psychiatry, 10(2), 15-20.

Castillo, E. D., & Alarid, L. F. (2011). *Factors associated with recidivism among offenders with mental illness*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 55(1), 98-117.

Chambers, J. C., Yiend, J., Barrett, B., Burns, T., Doll, H., Fazel, S. (2009). *Outcome measures used in forensic mental health research: a structured review*. Criminal Behaviour and Mental Health, 19, 9-27.

Chandler, R. K., Peters, R. H., Field, G., & Juliano-Bult, D. (2004). *Challenges in implementing evidence-based treatment practices for co-occurring disorders in the Criminal Justice System*. Behavioral Sciences and the Law, 22, 431-448.

Cusack, K. J., Morrissey, J. P., Cuddeback, G. S., Prins, A., & Williams, D. M. (2010). *Criminal justice involvement, behavioral health service use, and costs of forensic assertive community treatment: a randomized trial*. Community Mental Health Journal, 46, 356–363.

Dam, A., van, Tilburg, C. A. van. Steenkist, P., & Buisman, M. (2009). *Behandelmogelijkheden*. Niet meer door het Lint, 1, 11-13.

Davison, S. (2004). *Specialist forensic mental health services*. Criminal Behaviour and Mental Health, 14, 19–24.

Day, A., & Doyle, P. (2010). *Violent offender rehabilitation and the therapeutic community model of treatment: Towards integrated service provision?* Agression and Violent Behavior, 15(5), 380-386.

Department of Health. (2009). *A guide for the management of dual diagnosis for prisons*. London: Department of Health.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2008). *Richtlijn Medicamenteuze Zorg aan Gedetineerde Verslaafden*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.

Drake, R. E., O'Neal, E. L., & Wallach, M. A. (2008). *A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders*. Journal of Substance Abuse Treatment, 34(1), 123-138.

Drieschner, K. H., Lammers, S. M. M., & van der Staak, C. P. F. (2004). *Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept*. Clinical Psychology Review, 23, 1115-1137.

Duncan, E. A. S., Nicol, M. M., Alastair, A., & Dalglish, L. (2006). *A systematic review of structured group interventions with mentally disordered offenders*. Criminal Behaviour & Mental Health, 16(4), 217-241.

Edens, J. F., Peters, R. H., & Hills, H. A. (1997). *Treating prison inmates with co-occurring disorders: An integrative review of existing programs*. Behavioral Sciences and the Law, 15, 439-457.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2009). *Langdurige forensisch psychiatrische zorg: Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie*. Verkregen van <http://www.efp.nl/afgeronde-projecten>.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2008). *Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk: Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid*. Verkregen van <http://www.efp.nl/afgeronde-projecten>.

Evans, E., Li, L., & Hsur, Y. (2009). *Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment*. Evaluation and Program Planning, 32, 204-212.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2008). *Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk: Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid*. Verkregen van <http://www.efp.nl/afgeronde-projecten>.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2008). *Onderzoek in de forensische psychiatrie: Inventarisatie 2008*. Amsterdam: EFP, Spinhex & Industrie.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2009). *Langdurige forensisch psychiatrische zorg: Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie*. Verkregen van <http://www.efp.nl/afgeronde-projecten>.

- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2010). *Basis Zorgprogramma*. Verkregen van <http://zp.efp.nl/Basis/index.html>.
- Fabiano, E. (2011). *Ready, Set, Go!* Interne publicatie. Ottawa: PNA-change consultants.
- Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, M. D. (1998). *The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders*. Federal Probation, 62, 3-11.
- Fellner, J. (2006). *A Corrections Quandary: Mental Illness and Prison Rules*. Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review, 41, 392-412
- Ferguson, A. M., Ogloff, J. R. P., & Thomson, L. (2009). *Predicting recidivism by mentally disordered offenders using the LSI-R:SV*. Criminal Justice and Behavior, 36(1), 5-20.
- First et al. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-CV) (User's guide and interview)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Fitzpatrick, R., Chambers, J., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., Jenkinson, C., Kaur, A., Knapp, M., Sutton, L., Yiend, J. (2010). *A systematic review of outcome measures used in forensic mental health research with consensus panel opinion*. Health Technology Assessment, 14, 1-94.
- Fletcher, R. J., Haverkamp, S. M., Ruedrich, S. L., Benson, B. A., Barnhill, L. J., Cooper, S. A., & Stavrakaki, C. (2009). *Clinical usefulness of the Diagnostic Manual-Intellectual Disability for mental disorders in persons with intellectual disability: Results from a brief field survey*. Journal of Clinical Psychiatry, 70, 1-8.
- Fluttert, F. A., Meijel, B. van, Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). *Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'*. Journal of Clinical Nursing, 19, 1529-1537.
- Ford, J. D., Trestman, R. L., Wiesbrock, V. H., & Zhang, W. (2009). *Validation of a brief screening instrument for identifying psychiatric disorders among newly incarcerated adults*. Psychiatric Services, 60(6), 842-846.
- Frank, R., & McGuire, T. (2010). *Mental Health Treatment and Criminal Justice Outcomes*. (Working Paper No. 15858). Verkregen van de National Bureau of Economic Research website: <http://www.nber.org/papers/w15858>.
- Geus, R. (red.) (2005). *Leidraden beeldvorming, begeleiding en behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking*. Utrecht: Samenwerkingsverband NIP/NVO Gehandicaptenzorg.
- Glorney, E., Perkins, D., Adsheed, G., McGauley, G., Murray, K., Noak, J., & Sichau, G. (2010). *Domains of Need in a High Secure Hospital Setting: A Model for Streamlining Care and Reducing Length of Stay*. International Journal of Forensic Mental Health, 9(2), 138-148.
- Gordon, M. (1997). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1997-1998*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Groen, H., Drost, M., & Nijman, H. L. I. (2011). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Gudjonsson, G. H., Young, S., & Yates, M. (2007). *Motivating mentally disordered offenders to change: Instruments for measuring patients' perception and motivation*. Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18, 74-89.
- Gumpert, C. H., Winerdal, U., Grundtman, M., Berman, A. H., Kristiansson, M., & Palmstierna, T. (2010). *The Relationship Between Substance Abuse Treatment and Crime Relapse Among Individuals with Suspected Mental Disorder, Substance Abuse, and Antisocial Behavior: Findings from the MSAC Study*. International Journal of Forensic Mental Health, 9(2), 82-92
- Haimowitz, S. J. D. (2004). *Law & Psychiatry: Slowing the revolving door: Community reentry of offenders with mental illness*. Psychiatric Services, 55, 373-375.
- Hare, R. D. (2003). *The Psychopathy Checklist—Revised, 2nd Edition*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harper, R., & Hardy, S. (2000). *An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting*. British Journal of Social Work, 30, 393-400.
- Harte, J. M. (2009). *Een beoordeling ter beoordeling; Opbrengsten en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie en mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek*. In F. Koenraadt & I. Weijers (Eds.), *Vrijheid en verlangen, Liber amicorum prof. dr. Antoine Mooij (Pompe reeks, 55)* (pp. 233-241). Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Heilbrun, K., DeMatteo, D., Yasuhara, K., Brooks-Holliday, S., Shah, S., King, C., Dicarolo, A. B., Hamilton, D., Laduke, C. (2012). *Community-based alternatives for justice-involved individuals with severe mental illness: Review of the relevant research*. Criminal Justice and Behavior, 39(4), 351-419.
- Hengeveld, M.W., & Van Balkom, A.J.L.M. (2005). *Leerboek Psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hengeveld, M.W., & Schudel, W.J. (1997). *Het psychiatrisch onderzoek*. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de., & Beek, D. van. (2001). *SVR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hodge, J. E., & Renwick, S. J. (2002). *Motivating mentally disordered offenders*. In McMurran, M. (Eds.) *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy*, 221-234. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Hornsveld, R. H. J. (2006). *Ontwikkeling en evaluatie van de Aggressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten, deel 1*. Nijmegen: WODC. Verkregen van <http://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/agressiehanteringstherapie-deel-ii.aspx>
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). *Psychosocial Treatment for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence*. Harvard Review of Psychiatry, 17(1), 24-34.
- Howells, K., & Day, A. (2007). *Readiness for treatment in high risk offenders with personality disorders*. Psychology, Crime, & Law, 13, 47-56.
- Hummelen, J.W. (2011). *Over grenzen en open vensters*. Oratie. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2012). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Jennings, J. L., & Bell, J. D. (2012). *The "ROC" Model: Psychiatric evaluation, stabilization and restoration of competency in a jail setting, mental illnesses - Evaluation, treatments and implications*. Prof. Luciano Labate (Ed.), ISBN: 978-953-307-645-4, InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/mental-illnesses-evaluation-treatments-and-implications/the-roc-model-psychiatric-evaluation-stabilization-and-restoration-of-competency-in-a-jail-setting>.
- Kaal, H. L., Ooyen-Houben, M. M. J. van., Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem: passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: WODC. Verkregen van <http://wodc.nl/onderzoeksdatabase/inventarisatie-bestaande-kennis-tbv-forensisch-zorgprogramma-jvz.aspx>.
- Kogel, C. H. de., & Nagtegaal, M. H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten*. Den Haag: WODC. Verkregen van <http://wodc.nl/onderzoeksdatabase/effectiviteit-mechanismen-van-toezicht-op-delinquenten-en-forensisch-psychiatrische-patiënten.aspx>.
- Koomen, I. (2010). *De toekomst is nooit af: De evolutie van een PPC*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2008). *Richtlijn medicamenteuze zorg aan gedetineerde verslaafden*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E., & Gross, B. H. (1999). *Community treatment of severely mentally ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: A review*. Psychiatric Services, 50(7), 907-913.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2011). *Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen (tweede revisie)*. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2011b). *Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (tweede revisie)*. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). *The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment*. Journal of Experimental Criminology, 1, 451-476.
- Lindqvist, P., & Skipworth, J. (2000). *Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry*. British Journal of Psychiatry, 176, 320-32.
- Lipsey, M.W. & Cullen, F.T. (2007). *The effectiveness of correctional rehabilitation: a review of systematic reviews*. Annual Review of Law and Social Science, 3, 297-320.
- Listwan, S. J., Cullen, F. T., & Latessa, E. J. (2006). *How to prevent prisoner re-entry programs from failing: Insights from evidence-based corrections*. Federal Probation, 70(3), 19-25.
- Lurigio, A. J. (2011). *People with serious mental illness in the criminal justice system: Causes, consequences, and correctives*. The Prison Journal, 91(3), 66S-86S.
- Luteijn, F., & Barelds, D. P. H. (2004). *GIT2 Groninger Intelligentie Test 2*. Handleiding. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Martin, M. S., Dorken, S. K., Wamboldt, A. D., & Wootten, S. E. (2011). *Stopping the revolving door: A meta-analysis on the effectiveness of interventions for criminally involved individuals with major mental disorders*. Law and Human Behavior, 36(1), 1-12.
- McMurran, M., Tyler, P., Hogue, T., Cooper, K., Dunseath, W., & McDavid, D. (1998). *Measuring motivation to change in offenders*. Psychology, Crime & Law, 4, 43-50.
- McMurran, M., & Ward, T. (2010). *Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change*. Criminal Behaviour and Mental Health, 20, 75-85.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2004). *Het delict als maatstaaf. Methodiek voor werken in gedwongen kader*. Amsterdam: SWP.
- Merckelbach, H. N., Koevoets, M., Cima, M., & Nijman, H. (2001). *De Nederlandse versie van de SIMS*. De Psycholoog, 36, 586-591.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing. Preparing people for change. Second edition*. New York/London: The Guilford Press.
- Ministerie van Justitie (2002). *De Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30) [Historical Clinical Future-30]*. The Hague: Ministry of Justice.
- Ministerie van Justitie (2008). *Zorgprogramma's voor gedetineerden met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Morgan, R. D., Flora, D. B., Kroner, J. F. M., Varghese, F., & Steffan, J. S. (2011). *Treating Offenders with Mental Illness: A Research Synthesis*. Law and Human Behavior, 36(1), 37-50.
- Nagtegaal, M. H. (2010). *Risicotaxatie- en risicomangementmethoden: Een inventarisatie in de forensisch psychiatrische centra in Nederland*. Den Haag: WODC. Verkregen van <http://wodc.nl/onderzoeksdatabase/risicomangement-en-beschermende-factoren.aspx>.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). *Richtlijn Besluitvorming Dwang: Opname en Behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (n.d.). <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>

- Noorthoorn, E., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Bousardt, A., Voskes, Y., Smit, A., Nijman, H., Mulder, N., Widdershoven, G. (2011). *Vier jaar Argus. Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2010*. Verkregen van <http://www.veiligezorgiederszorg.nl/>. Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction. <http://www.nispa.nl/>
- Nys, J. (2006). *Penitentiair persoonlijksonderzoek: Monnikenwerk!* Tijdschrift Klinische Psychologie, 36(4), 229-237.
- Osher, F., Steadman, H. J., & Barr, H. (2003). *A best practice approach to community reentry from jails for inmates with co-occurring disorders: The Apic Model*. Crime & Delinquency, 49, 79-96.
- Parhar, K. K., Wormith, J. S., Derkzen, D. M., & Bearegard, A. M. (2008). *Offender coercion in treatment: A meta-analysis of effectiveness*. Criminal Justice and Behavior, 35, 1109-1135.
- Parnassia. (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. London: Sage.
- Pelissier, B., Jones, N., & Cadigan, T. (2007). *Drug treatment aftercare in the criminal justice system: A systematic review*. Journal of Substance Abuse Treatment, 32, 311-320.
- Perron, B. E., & Bright, C. L. (2008). *The influence of coercion on dropout from substance abuse treatment: Results from a national survey*. Drug and Alcohol Dependence, 92, 123-131.
- Peters, R., & Bekman, N. (2007). *Treatment and reentry approaches for offenders with co-occurring disorders*. In Greifinger, R. B. (Eds.), *Public Health Behind Bars (368-384)*. New York: Springer.
- Peters, R. H., LeVasseur, M. E., & Chandler, R. K. (2004). *Correctional treatment for co-occurring disorders: Results of a national survey*. Behavioral Sciences and the Law, 22, 563-584.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, D., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., Hayward, P. (1995). *The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness*. British Journal of Psychiatry, 167, 589-595.
- Philipse, M., Ruiter, C. de., Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2. [HCR-20. Assessing the risk of violence. Version 2]* Nijmegen/Utrecht, the Netherlands: Pompestichting, Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Plaisier, J., & Ditzhuijzen, J. van. (2008). *Risicotaxatie bij verloop van gedetineerden. Een (inter)nationale vergelijking van instrumenten en procedures*: Amsterdam: Impact R&D.
- Plaisier, J., & Ditzhuijzen, J. van. (2009). *Stimuleren en ontmoedigen van gedetineerden*. Amsterdam: Impact R&D.
- Polcin, D. L., & Beattie, M. (2007). *Relationship and institutional pressure to enter treatment: Differences by demographics, problem severity, and motivation*. Journal of Studies of Alcohol and Drugs, 68, 428-436.
- Pomp, E. (2009). *Het Good Lives Model. Een literatuurstudie*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Verkregen van <http://www.efp.nl/afgeronde-projecten>.
- Poort, R., & Eppink, K. (2009). *Een literatuuronderzoek naar de effectiviteit van de reclassering*. Onderzoek verricht ten behoeve van de Adviescommissie Onderzoeksprogrammering Reclassering. Den Haag: WODC & Boom Juridische Uitgevers.
- Posthuma, T., Vos, R., & Kerkmeer, M. (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: Parnassia/GGZ.
- Prendergast, M., Greenwell, L., Farabee, D., & Hser, Y. (2009). *Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders*. Journal of Behavioral Health Services & Research, 36, 159-176.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1982). *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, 276-288.
- Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming. (2007). *De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving*. Verkregen van <http://www.rsj.nl/advies/>.
- Robertson, P., Barnao, M., & Ward, T. (2011). *Rehabilitation frameworks in forensic mental health*. Aggression and Violent Behavior, 16(6), 472-484.
- Rock, M. (2001). *Emerging issues with mentally ill offenders: Causes and social consequences*. Administration and Policy in Mental Health, 28(3), 165-180.
- Rotter, M., & Carr, W. A. (2011). *Targeting Criminal recidivism in Mentally Ill Offenders: Structured Clinical Approaches*. Community Mental Health Journal, 47(6), 723-726.
- Ruddell, R. (2006). *Jail interventions for Inmates with mental illnesses*. Journal of Correctional Health Care, 12, 118-131.
- RUG afdeling Sociale Psychiatrie (Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg). (1995). *Interventie Studie Eerste Lijn-screen*. Verkregen van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/measuringinstruments/67>.
- Ruiter, C. de., & Nicholls, T. L. (2011). *Protective factors in Forensic Mental Health: A new frontier*. International Journal of Forensic Mental Health, 10, 160-170.
- Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2005). *Behandelingsstrategieën bij forensische psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ruiter, C. de, Trestman, R. L. (2007). *Prevalence and Treatment of Personality Disorders in Dutch Forensic Mental Health Services*. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 35, 92-97.
- Ruiz, M. A., Douglas, K. S., Edens, J. F., Nikolova, N. L., & Lilienfeld, S. O. (2012). *Co-occurring mental health and substance use problems in offenders: Implications for risk assessment*. Psychological Assessment, 24, 77-87.
- Sacks, S., Chaple, M., Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Cleland, C. M. (2012). *Randomized trial of a reentry modified therapeutic community for offenders with co-occurring disorders: Crime outcomes*. Journal of Substance Abuse Treatment, 42, 247-259.
- Salize, H. J., Dreßing, H., & Kief, C. (2007). *Mentally disordered persons in European prison systems - Needs, programmes and outcome (EUPRIS)*. Mannheim: Central Institute of Mental Health. Verkregen van http://ec.europa.eu/health/index_en.htm.
- Sarteschi, C. M., Vaughn, M. G., & Kim, K. (2011). *Assessing the effectiveness of mental health courts: A quantitative review*. Journal of Criminal Justice, 39(1), 12-20.
- Scheyett, A., Taylor, M. F. & Vaughn, J. (2009). *Screening and access to services for individuals with serious mental illnesses in jails*. Community Mental Health Journal, 45, 439-446.
- Schippers, G. M. (2002). *Motiverende gespreksvoering*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 57, 250-265.
- Schippers, G. M., & Broekman, T. G., & Buchholz, A. (2007). *Handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE*. Nijmegen: Bureau Bêta.
- Schreurs, S. J. W., Hummelen, J. W., & Joldersma, F. (2011). *Ontwerpregeling. Hoe te handelen na ernstige agressie van een patiënt jegens hulpverlener(s) in de klinische forensische psychiatrie*.
- Scott, C. L. (2010). *Handbook of correctional mental health, second edition*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H. et al. (1998). *The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. Journal of Clinical Psychiatry, 59, 22-33.
- Skeem, J. L., Manchak, S., & Peterson, J. K. (2011). *Correctional Policy for Offenders with Mental Illness: Creating a New Paradigm for Recidivism Reduction*. Law and Human Behavior, 35(2), 110-126.
- Smith, P. S. (2006). *The effects of solitary confinement on prison inmates. A brief history and review of the literature*. Crime and Justice, 34, 441-528.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vandeveld, S., Vander Beken, T., Todts, S., & Broekaert, E. (2010). *Screening en assessment van psychiatrische stoornissen in Belgische gevangenen. Sensitiviteit en specificiteit van de BJMHS en SSI-A*. Verslaving, 1, 41-57.
- Steadman, H., Scott, J, Osher, F., Agnese, T., & Robbins, P. (2005). *Validation of the Brief Jail Mental Health Screen*. Psychiatric Services 56: 816-822.
- Steel, J., Thornicroft, G., Birmingham, L., Brooker, C., Mills, A., Harty, M., & Shaw, J. (2007). *Prison mental health inreach services*. British Journal of Psychiatry, 190, 373-374.
- Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, A.V., Ouevray, K., van Ooyen, M., Steffan, E., Uchtenhagen, A. (2005). *Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review*. Substance Use & Misuse, 40, 269-283.
- Stimulansz. (2010). *Werkboek structuur in de nazorg aan ex-gedetineerden*. Den Haag: Excelsior.
- Tellegen, P. J., & Laros, J. A. (2011). *SON-R 6-40: Snijders-Oomen niet-verbale intelligentietest: I*. Verantwoording. Amsterdam: Hogrefe uitgevers.
- Tervoort, M. (2003). *Beveiliging of zorg voorop? Maandblad Geestelijke volksgezondheid*. 58, 1, 3-8.
- Theurer, G., & Lovell, D. (2008). *Recidivism of offenders with mental illness released from prison to an intensive community treatment program*. Journal of Offender Rehabilitation, 47(4), 385-406.
- Tiemens, B. G., Ormel, J., Brink, R. H. S. van den., Jenner, J. A., Meer, K. van der., Os, T. W. D. P. van., & Smit, A. (1995). *Signalering van depressie en gegeneraliseerde angst in de huisartspraktijk*. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg, 73, 520-527.
- Trimbos-instituut. (2008). *Zorgprogramma's voor gedetineerden met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Tyrer, P., Mitchard, S., Methuen, C., & Ranger, M. (2003). *Treatment rejecting and treatment seeking personality disorders: Type R and Type S*. Journal of Personality Disorders, 17, 263-268.
- Vandeveld, S., Broekaert, E., Schuyten, G., & van Hove, G. (2005). *Intellectual abilities and motivation toward substance abuse treatment in drug-involved offenders: A pilot study in the Belgian criminal justice system*. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 49, 277-297.
- Vandeveld, S., Soyez, V., Vander Beken, T., Smet, S. de, Boers, A., & Broekaert, E. (2011). *Mentally ill offenders in prison: the Belgian case*. International Journal of Law and Psychiatry, 34, 71-8.
- Vanhoek, K. (2001). *Motivatief voor een psychotherapeutische behandeling binnen een verplichtend kader*. Tijdschrift Klinische Psychologie, 31(2), 86-95.
- Vanhoek, K. (2002). *Motivatief bewerken bij forensische cliënten*. Psychopraxis, 4, 120-125.
- Veltkamp, E., Nijman, H., Stolker, J. J., Frigge, K., Dries, P., & Bowers, L. (2008). *Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands*. Psychiatric Services, 59, 209-211.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten., & Ministerie van Justitie. (2011). *Samenwerkingsmodel Nazorg volwassen (ex-)gedetineerde burgers: Actualisatie 2011*. Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag: Excelsior.
- Vinkers, D. J., Beurs, E., & Barendregt, M. (2009). *Psychiatric Disorders and Repeat Offending*. [Letter to the editor]. American Journal of Psychiatry, 166(4).
- Vogel, V. de., Ruiter, C. de., Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. English Version. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershove, G. (2011). *Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang*. Amsterdam: GGZ Nederland. Verkregen van <http://www.ggznederland.nl>.
- Vreeswijk, M. van., Broersen, J., & Nadort, M. (2008). *Handboek Schematherapie. Theorie, praktijk, en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Warren, F., Preedy-Fayers, K., McGauley, G., Pickering, A., Norton, K., Geddes, J. R., & Dolan, B. (2003). *Review of Treatments for Severe Personality Disorder*. London: Home Office Online Publication. Verkregen van <http://www.cjp.org.uk/publications/archive/review-of-treatments-for-severe-personality-disorder-10-07-2003/>.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing Risk for Violence (Version 2)*. Burnaby, BC, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T., & Middleton, C. (2004). *The Short Term Assessment of Risk and Treatability (START)*. British Columbia: Forensic Psychiatric Services Commission.
- Wechsler, D. (2005). *WAIS-III Nederlandstalige bewerking. Technische Handleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers
- Welles, F., & Widdershoven, T. P. (2007). *Separatie of medicatie: de patiënt aan het woord*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 62, 475-486.
- Welsh, W. N., & McGrain, P. N. (2008). *Predictors of therapeutic engagement in prison-based drug treatment*. Drug and Alcohol Dependence, 96, 271-280.
- Wendy, M., Vogel, MPA., Chan, D., Noether, MA., & Steadman, H. J. (2007). *Preparing communities for re-entry of offenders with mental illness*. Journal of Offender Rehabilitation, 45(1-2), 167-188.
- Werf, L. J. van der., & Goedhart, A.W. (1994). *De Zorg-Aanbod-Schaal (ZAS). Een beoordelingschaal voor zorg aan chronisch psychiatrische patiënten*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 36, 439-444.
- Wesselijs, J., Gorter, J., & Moree, R. (2010). Interne publicatie. *Verantwoorde psychiatrische zorg in de PPC's. Een praktische beschrijving door en voor zorgprofessionals*.
- Wiers, R.W., Bartholow, B.D., Wildenberg, E. van den, e.a. (2007). *Automatic and controlled processes and the development of addictive behaviors in adolescents: A review and a model*. Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 86, 263-283.
- Wiers, R. W., Rinck, M., Kordts, R., Houben, K., & Strack, F. (2010). *Re-training Automatic Action-Tendencies to Approach Alcohol in Hazardous Drinkers Addiction*, 105, 279-287.
- Wiers, R. W. Rinck, M., Dictus, M. & Van den Wildenberg, E. (2009). *Relatively Strong Automatic Appetitive Action-Tendencies in Male Carriers of the OPRM1 G-Allele*. Genes Brain & Behavior, 8, 101-106.
- Willems, L. F. M., Tuender-de Haan, H. A., & Defares, P. B. (1973). *Een schaal om sociale angst te meten*. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 28, 415-422.
- Wing, J. K., et al. (1990). *SCAN. Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry*. Archives of General Psychiatry, 47, 589-93.
- Winters, K. C., & Zenilman, J. M. (1995). *Simple screening instruments for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases. Treatment Improvement Protocol (TIP) series 11 (DHHS Publication No. SMA 95-3058)*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.
- Wits, E. G., Kaal, H. L., & van Ooyen-Houben, M. M. J. (2011). *Zorg voor justitiabelen met triple-problematiek*. Verslaving, 2, 19-29.
- Wormith, J. S., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L. R., Fagan, T. J., & Morgan, R. D. (2008). *The rehabilitation and reintegration of offenders: The current landscape and some future directions for correctional psychology*. Criminal Justice and Behavior, 34(7), 879-892.
- Yiend, J., Chambers, J. C., Tom Burns, Doll, H., Fazel, S., Kaur, A., Sutton, L., & Fitzpatrick, R. (2011): *Outcome measurement in forensic mental health research: An evaluation*. Psychology, Crime & Law, 17(3), 277-292.
- Zhang, S. X., Roberts, R. E. L., & Callanan, V. J. (2006). *Preventing parolees from returning to prison through community-based reintegration*. Crime and Delinquency, 52(4), 551-571.
- Zwemstra, J.C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie. Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg. (Proefschrift)*. Universiteit van Tilburg, Tilburg.

Bijlagen

Bijlage 1:

Methode

Dit rapport is tot stand gekomen met behulp van verschillende onderzoeksmethoden, die hieronder worden beschreven.

Vragenlijst

Allereerst is een digitale vragenlijst verzonden aan wetenschappers (de leden van de Ronde Tafel, een groep wetenschappers die de directeur Gevangeniswezen adviseren inzake de PPC) en medewerkers van de PPC's (die zitting hadden in de 'voorbereidende werkgroep landelijke dataverzameling PPC's) (zie bijlage 4). Het doel daarvan was een globale inventarisatie over de doelen en werkzame mechanismen van de PPC's, alsmede het verkrijgen van zoektermen en suggesties voor onderzoeksliteratuur. De vragenlijst werd verzonden rond de kerst 2011 en werd ingevuld door 5 wetenschappers, 5 medewerkers van het gevangeniswezen, door medewerkers van 4 van de 5 PPC's en door medewerkers van het WODC en EFP.

Diepte-interviews

Naar aanleiding van de respons op de vragenlijst zijn aanvullende verdiepende interviews gehouden met een aantal leden van de Ronde Tafel, om meer zicht te krijgen op kennis uit de verschillende disciplines over de doelen van de PPC's en suggesties te krijgen voor relevante publicaties. De interviews zijn gehouden met: prof.dr. K. Hummelen, prof.dr. M. Hengeveld, prof.dr. C. de Rooter, prof.dr. G. Schrijvers. Daarnaast werd gesproken met vertegenwoordigers van de PPC's: een groepsgesprek met drs. P. Stalman, dr. J. Wesselijs en dr. Gorter (PPC Amsterdam) en een gesprek waarin een conceptversie van dit rapport werd besproken met dr. E. Masthoff (PPC Vught) en dr. A. van den Hurk (adviseur wetenschappelijk onderzoek DJI).

Literatuurstudie

Na de hiervoor genoemde inventarisatie bij de Ronde Tafel zijn zoektermen bepaald waarop gezocht is. Het doel was om tot een globaal overzicht te komen dat in relatief korte tijd kan worden opgesteld.

Gezocht is naar wetenschappelijke literatuur over de aanpak van psychiatrische patiënten in detentie. Daarbij is gezocht naar situaties die zo veel mogelijk lijken op de PPC's: een heterogene

groep patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen en (een combinatie met) verslavingsproblematiek, die zich in een reguliere detentiesituatie bevinden en daar relatief kort verblijven. Als we informatie vonden die over een wat andere setting ging maar toch toepasbare bevindingen leek te hebben werd die echter toch meegenomen. Artikelen die niet geïnccludeerd zijn betroffen onderzoek naar andere doelgroepen (bijvoorbeeld reguliere gedetineerden) of naar te specifieke onderwerpen of doelgroepen (bv. over effecten van 1 medicijn; over diagnose of behandeling van 1 bepaalde doelgroep zoals zedendelinquenten, psychopathie of alcoholverslaving). De TBS is grotendeels buiten beschouwing gelaten omdat het in de TBS wellicht over een (deels) vergelijkbare populatie gaat maar de behandelduur en –setting zeer verschillend is. Wel is informatie over risicotaxatie in de TBS meegenomen.

Als eerste is gezocht naar overzichtsstudies, zoals reviews en meta-analyses, omdat daarin kennis over meerdere experimenten en onderzoeken wordt samengebracht en vergelijkingen worden gemaakt. Daarna is zo nodig doorgezocht naar artikelen over afzonderlijke studies en experimenten. De literatuurstudie is gericht op zowel Nederlands onderzoek als onderzoek dat in het buitenland is verricht, met name landen waar veel onderzoek wordt verricht naar effectieve methoden in de strafrechtketen, zoals de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk. Ook zijn interne rapporten van het gevangeniswezen opgenomen worden die op de digitale portal van de Ronde Tafel beschikbaar waren. Een afbakening is gemaakt bij het jaar 2000, tenzij zeer interessante publicaties van voor die tijd werden gevonden.

De gebruikte zoekmachines en zoektermen zijn vermeld in bijlage 5.

Inventarisatie lopend onderzoek

Om na te gaan welk onderzoek momenteel loopt zijn databases geraadpleegd van het WODC en EFP en is navraag gedaan bij DJI, het NIFP en de wetenschappers uit de Ronde Tafel. De databases bleken niet altijd up-to-date informatie te bevatten. De informatie betreft dan ook lopend onderzoek maar waarschijnlijk ook een deel recent afgerond onderzoek. Een groot deel van de gegevens is afkomstig uit de database van het EFP; voorzien is dat deze database (www.efp.nl) in de zomer van 2012 wordt bijgewerkt. Het overzicht is opgenomen in bijlage 6.

Bijlage 2:

Doelen en taken van de PPC's

In het Kaderdocument “De Toekomst is nooit af” (Koomen, 2010) wordt de opdracht voor de PPC's vermeld: Het leveren van verantwoorde zorg binnen detentie en passend binnen de beschikbare financiële kaders en van toepassing zijnde wettelijke kaders. Ook dienen de PPC's een bijdrage te leveren aan het verminderen van het recidiverisico en zorg te dragen voor continuïteit van zorg door een nauwe samenwerking met de ketenpartners. Er dient een maximale inspanning te worden verricht om gedetineerden met een zorgvraag onder te brengen bij GGZ-aanbieders.

De doelen van de PPC's zijn volgens het kaderdocument de volgende (Koomen, 2010):

1. Het herstel van de forensische patiënt (gedetineerden met een geïndiceerde zorgbehoefte).
2. Het verminderen van (strafrechtelijke) recidive.
3. Het vergroten van de veiligheid van de samenleving.

Deze doelen hangen met elkaar samen: het herstel van de patiënt is nodig om recidive te voorkomen; minder recidive leidt tot een grotere veiligheid in de samenleving.

Het kaderdocument geeft vervolgens aan dat de doelen niet altijd gelden; dat is niet bij alle patiënten haalbaar. Voor bijvoorbeeld patiënten die maar zeer kort in een PPC verblijven kan men al tevreden zijn wanneer de patiënt medicatie krijgt en stabiliseert. Er dan onvoldoende tijd voor verdere behandeling en het aanleren van nieuwe vaardigheden en gedrag, zodat het doel recidivevermindering niet bereikt zal worden door alleen de inspanning van de PPC, daar zal meer voor nodig zijn. Het kaderdocument vermeldt het volgende over de ambities.

1. Bij acute psychiatrische problematiek is het bieden van basisvoorzieningen of continuïteit van zorg de best haalbare bijdrage aan het verminderen van recidive.
2. Voor alle patiënten zijn interventies mogelijk gericht op het voorkomen van terugval in een acute fase van de stoornis en/of maatschappelijk onaanvaardbaar gedrag. Als voorbeelden van dit type interventies worden genoemd: psycho-educatie, het stimuleren van medicatietrouw, behandeling van een drugsprobleem, motivatie gericht op het deelnemen aan zorgprogramma's.
3. Alleen voor langduriger verblijvende gedetineerden worden behandelingen aangeboden die specifiek op recidivevermindering gericht zijn als dit elders (in de GGZ) nog niet mogelijk is. Voorbeelden die worden genoemd zijn: terugvalpreventie en delictscenario-procedures. Aangegeven wordt dat behandeling gericht op recidivevermindering over het algemeen niet haalbaar

is bij preventief gehechten.

Om de doelen te bereiken zijn de volgende taken geformuleerd (Koomen, 2010):

1. Stabiliseren.
2. Diagnostiek.
3. Motiveren en mobiliseren.
4. Door- en terugplaatsen.
5. Beveiligen.
6. Voorzien in medisch noodzakelijke zorg en behandeling.
7. Ketenvorming t.b.v. continuïteit van zorg.
8. Rechtactiviteiten.
9. Recidivevermindering.

De taken verschillen ook per type patiënt, met uitzondering van het doel 'door- en terugplaatsing' (naar GGZ of naar de PI van herkomst) dat geldt voor alle patiënten.

1. Voor patiënten die door hun strafrechtelijke titel maar kort in de PPPC verblijven zijn de voornaamste doelen (naast doorplaatsing) stabiliseren en motiveren voor behandeling.
2. Bij langer verblijvenden wordt het doel 'behandeling' gestart.
3. Bij patiënten die niet gemotiveerd zijn voor doorplaatsing naar de GGZ ligt de nadruk op motivering tot behandeling in de GGZ.
4. Bij ernstige acute psychische stoornissen is het doel in eerste instantie medisch noodzakelijke zorg.

Ketenvorming ten behoeve van continuïteit van zorg wordt als voorwaarde omschreven voor continuïteit van zorg. Rechtactiviteiten zijn activiteiten die los staan van de behandeling maar waar de patiënten recht op hebben, zoals een aantal uren sport of luchten per week.

In de nota “Verantwoorde psychiatrische zorg in de PPC's. Een praktische beschrijving door en voor zorgprofessionals” (Wesselius, Gorter, & Moree, 2010) wordt aangegeven dat 'beveiligen', 'rechtactiviteiten' en 'voorzien in medisch noodzakelijke zorg en behandeling' basisrechten zijn van elke gedetineerden en niet specifiek voor de PPC's. Behandelprogramma's (die alleen zinvol en haalbaar zijn voor patiënten die langer in de PPC verblijven) worden in dit document genoemd onder 'recidivevermindering'. Recidivevermindering wordt niet verder beschreven als taak die los uitgevoerd kan worden, maar is feitelijk de uitkomst van alle andere activiteiten samen.

De randvoorwaarden die nodig zijn om deze taken uit te voeren zijn beschreven in de nota Verantwoorde psychiatrische zorg in de PPC's (Wesselijs, Gorter, & Moree, 2010):

Doel	Randvoorwaarden
Stabiliseren	<ul style="list-style-type: none"> Verschillende beveiligingsniveaus State of the art psychiatrische interventies gericht op destabilisatie van psychiatrische problematiek waaronder farmacotherapie Middelen om de interventies te monitoren en controleren (waaronder toegang tot laboratoriumonderzoek) Veiligheid en structuur voor patiënten Crisismanagement Therapeutische interventies gericht op het aanleren van basale vaardigheden en gedragsalternatieven
Diagnostiek	<ul style="list-style-type: none"> Geschoolde professionals Middelen (testmateriaal)
Motiveren	<ul style="list-style-type: none"> Psycho-educatie Face-to-face contact met hulpverleners Zinnige dagactiviteiten om de patiënten in beweging te krijgen Leren van basisvaardigheden (op gebied van levensstijl, betalingsgedrag, arbeid en daginvulling)
Door- en terugplaatsen	<ul style="list-style-type: none"> Justitiële titel Vervolginstelling Samenwerkingsverbanden met ketenpartners Informatie-overdracht Uitwisseling van expertise Zo mogelijk familie betrekken
Voorzien in zorg en behandeling	<ul style="list-style-type: none"> Basiszorg en behandeling Specifieke op recidivevermindering gerichte behandelmodules (extern in te huren vanwege kleine aantal patiënten)
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> Tijd Geschoolde professionals (GZ-psychologen, psychiaters e.d.)

Bijlage 3: Bestudeerde documenten

(verkregen van de portal van de Ronde Tafel, interne portal DJI)

DJI. *IFPA. De ideale FPA*. Den Haag: DJI. Verkregen van portal Ronde Tafel.

Gorter, J.B., & Wesselijs, J. *Gevangenispsychiatrie in Nederland anno 2012 en beyond*. Verkregen van portal Ronde Tafel.

Hummelen, J.W. (2011). *Over grenzen en open vensters*. Oratie. Groningen: Universiteit Groningen.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (2011). *Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg*. Verkregen van portal Ronde Tafel.

Koomen, I. (2010). *De toekomst is nooit af: de evolutie van een PPC*. Den Haag: DJI.

Molewijk, A.C., Abma, T., Stolper, M. & Widdershoven, G. (2008). *Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation*. *J. Med. Ethics* 2008; 34; 120-124

Noorthoorn, E., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Bousardt, A., Voskes, Y., Smit, A., Nijmand, H., Mulder, N., & Widdershoven, G. (2010). *Vier jaar Argus. Rapportage uitkomsten vrijheidsbeperkende interventies 2010*. Verkregen van portal Ronde Tafel.

Scheurs, S.J.W., Hummelen, J.W., & Joldesma, F. *Ontwerpregeling hoe te handelen na ernstige agressie van een patient jegens hulpverlener(s) in de klinische forensische psychiatrie*. Verkregen van portal Ronde Tafel.

Voskes, Y., Theunissen, J., & Widdershoven, G. (2011). *Best Practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg. Een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang*. Amsterdam/Amersfoort: VU Medisch Centrum & GGZ Nederland.

Wesselijs, J., Gorter, J. & Moree, R. (2010). *Verantwoorde psychiatrische zorg in de PPC's. Een praktische beschrijving door en voor professionals*. Den Haag: DJI.

Widdershoven, G. (2010). *Reflectie als interventie*. Oratie. Amsterdam: Vrije Universiteit.

Widdershoven, G. & Abma, T. (2011). *Dwang, drang en motivatie in de forensische psychiatrie*. In: Handboek Forensische geestelijke gezondheidszorg. H. Groen, M. Drost & H.L.I. Nijman (red) (2011). Utrecht: De Tijdstroom.

Zwemstra, J.C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie. Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.

Bijlage 4:

Betrokken deskundigen

Leden van de Ronde Tafel:

Wetenschap:

Prof.dr. Ko Hummelen	Hoogleraar forensische psychiatrie, Universiteit Groningen
Prof.dr. Pauline Meurs	Hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam
Prof.dr. Corine de Rooter	Hoogleraar Forensische Psychologie, Universiteit Maastricht
Prof.dr. Guus Schrijvers	Hoogleraar Public Health, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht
Prof.dr. Guy Widdershoven	Hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek en hoofd van de afdeling Metamedica van VUmc

GGZ:

Prof.dr. Michiel Hengeveld	Emeritus hoogleraar psychiatrie en oud-afdelingshoofd, afdeling Psychiatrie Erasmus MC Rotterdam
Dr. Chris van der Meer	Directeur Zorg, Palier, Den Haag
Dr. Henk Millius	Psychiater, Inspecteur bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Gevangeniswezen:

Dr. Co Bleeker	Psychiater, PPC Amsterdam
Dr. Erik Masthoff	Psychiater en voormalig directeur Zorg & Behandeling, PPC Vught
Drs. Pierre Stalman	Directeur, PPC Amsterdam

Voorzitter:

Dhr. Jaap Hillmann	Organisatie-adviseur, Hillmann Beleids- en organisatie-adviezen BV
--------------------	--

Opdrachtgever:

Dhr. Jacco Groeneveld	Directeur sector Gevangeniswezen DJI, portefeuille-directeur zorg
Mw. Anita Johannisse	Projectleider PPC en coördinerend adviseur gezondheidszorg, DJI, sector Gevangeniswezen

Ondersteuning:

Drs. Gerrit Corbijn	Organisatie-adviseur
Drs. Goof van Gemert	Directeur Forensische Zorg DJI
Dr. Arie van den Hurk	Adviseur wetenschappelijk onderzoek DJI
Mw. Annemiek Onstenk	Journalist, verslaglegging reader Ronde Tafel
Drs. Janine Plaisier	Onderzoeker, Impact R&D
Dr. Jessica Wesselius	Directeur Zorg en Behandeling PPC Amsterdam
Dr. Jan Cees Zwemstra	Adjunct directeur NIFP Amsterdam

Werkgroep voorbereiding landelijke gegevensverzameling:

PPC's:

Drs. Janneke van Beek	Behandelcoördinator, PPC Amsterdam	Dr. Jan Gorter	Chef de Clinique, PPC Amsterdam
Drs. Manon de Graaff	Psycholoog, PPC Den Haag		
Drs. Marit Kool	Psycholoog, PPC Den Haag		
Dr. Karoline van Gronsveld	Psycholoog, PPC Maastricht		
Drs. Jan Koolen	Hoofd Zorg & Behandeling, PPC Maastricht		
Dr. Ellen van Lier	Psychiater, PPC Vught		
Dr. Erik Masthoff	Directeur Zorg en Behandeling, PPC Vught		
Drs. Tom de Geus	Hoofd behandeling, PPC Zwolle		
Dr. Clementa Veldman	Directeur Zorg en Behandeling, PPC Zwolle		

Overig:

Dr. Arie van den Hurk	Adviseur wetenschappelijk onderzoek DJI
Kawita Roopram, Msc	Projectsecretaris DJI
Drs. Diewke de Haen	Projectleider, EFP
Dr. Ruud van der Horst	Onderzoeker TBS, WODC

Bijlage 5: Zoekmachines en zoektermen

De literatuursearch is gedaan met universitaire zoekmachines in databases als PsycInfo, ScienceDirect, Academic Search Premier, Psychiatry Online, PubMed, Web of Science e.d., evenals met google scholar. Als eerste is gezocht naar overzichtsstudies, zoals reviews en meta-analyses, omdat daarin kennis over meerdere experimenten en onderzoeken wordt samengebracht en vergelijkingen worden gemaakt. Daarna is zo nodig doorgezocht naar artikelen over afzonderlijke studies en experimenten. De literatuurstudie is gericht op zowel Nederlands onderzoek als onderzoek dat in het buitenland is verricht, met name landen waar veel onderzoek wordt verricht naar effectieve methoden in de strafrechtketen, zoals de Verenigde Staten, Canada en het Verenigd Koninkrijk. Ook zijn interne rapporten van het gevangeniswezen opgenomen (zie bijlage 3). Een afbakening is gemaakt bij het jaar 2000, tenzij zeer interessante publicaties van voor die tijd werden gevonden.

Artikelen die niet geïnccludeerd zijn betroffen onderzoek naar andere doelgroepen of naar te specifieke onderwerpen of doelgroepen (bv. over effecten van 1 medicijn; over diagnose of behandeling van 1 bepaalde doelgroep zoals zedendelinquenten, psychopathie of alcoholverslaving). De TBS is grotendeels buiten beschouwing gelaten omdat de setting van de TBS zeer verschilt van die van de PPC's; de TBS is gericht op langdurige behandeling in een therapeutische omgeving terwijl de PPC-patiënten doorgaans een zeer korte verblijfsduur hebben in de detentiestelling (gemiddeld drie maanden). Voor een aantal aspecten zoals risicotaxatie-instrumenten is wel naar de TBS gekeken.

De volgende zoektermen werden gebruikt. Ook werd via de sneeuwbalmethode van artikel naar artikel doorgezocht.

Stabiliseren

- Crisis interventie gedetineerden
- Crisis interventie gevangenis
- Crisis interventie huis van bewaring
- Crisis interventie justitiële setting
- Crisis interventie psychiatrische gedetineerden
- Crisis interventie psychiatrische gevangenis
- Crisis interventie strafrechtstelsel
- Crisis intervention offenders mental
- Crisis intervention prisoners mental
- Crisis intervention psychiatric offenders
- Forensic mental restoration detention
- Forensic restoration
- Forensic restoration methods
- Incompetent to proceed

- Incompetent to proceed crisis
- Intervention stabilize psychiatric offenders review
- Medicamenteuze interventie drugsverslaafde gedetineerde
- Pharmacological intervention prisoners mental disorder
- Pharmacological treatment offenders mental
- Pharmacological treatment prisoners mental
- Psychiatric offenders stabilization
- Psychiatric stability offenders
- Restoration of competency prison
- Seclusion and restraint prison mental disorders
- Security needs offenders with mental
- Stabiliseren detentie
- Stabiliseren forensische
- Stabiliseren geestelijke
- Stabiliseren gedetineerden
- Stabiliseren gevangenis
- Stabiliseren psychiatrische
- Stabiliseren psychische
- Stabiliseren psychotische
- Stabilization psychiatric offenders review
- Treatment stabilize psychiatric offenders review

Diagnostiek

- Assessment of mental disorders offenders
- Assessment of mental disorders prisoners
- Criminogenic needs offenders mental
- Criminogenic needs prisoners menta
- Diagnose delinquenten forensische
- Diagnose delinquenten geestelijke
- Diagnose delinquenten mentale
- Diagnose delinquenten psychiatrische
- Diagnose delinquenten psychische
- Diagnose gedetineerden forensische
- Diagnose gedetineerden geestelijke
- Diagnose gedetineerden mentale
- Diagnose gedetineerden psychische
- Diagnose gedetineerden psychiatrische
- Diagnosis dual reliability psychiatric
- Diagnosis offender women review
- Diagnosis psychiatric offender culture
- Forensic evaluation convicts mental
- Forensic evaluation methods mental
- Forensic evaluation offenders mental
- Forensic evaluation prisoners mental
- Intelligentiëmeting daders psychiatrische zorg
- Intelligentiëmeting daders psychotische kwetsbaarheid

- Intelligentiemeting gedetineerden psychiatrische zorg
- Psychiatric diagnosis offenders
- Psychiatric diagnosis prisoners
- Psychiatry diagnosis forensic offenders review
- Risicotaxatie delinquenten forensische
- Risicotaxatie delinquenten geestelijke
- Risicotaxatie delinquenten mentale
- Risicotaxatie delinquenten psychiatrische
- Risicotaxatie delinquenten psychische
- Risicotaxatie gedetineerden forensische
- Risicotaxatie gedetineerden geestelijke
- Risicotaxatie gedetineerden mentale
- Risicotaxatie gedetineerden psychiatrische
- Risicotaxatie gedetineerden psychiatrische stoornissen
- Risicotaxatie gedetineerden psychische
- Screening delinquenten forensische
- Screening delinquenten geestelijke
- Screening delinquenten mentale
- Screening delinquenten psychiatrische
- Screening delinquenten psychische
- Screening drug abuse offenders
- Screening drug abuse prisoners

Motiveren en mobiliseren

- Forensic offenders treatment compliance meta-analysis
- Forensic offenders treatment compliance review
- Motiveren behandeling gedetineerden
- Motiveren behandeling justitiabelen
- Motiveren behandeling psychische gevangenis
- Motiveren gedetineerden stoornis
- Motiveren retentie behandeling
- Motiveren retentie behandeling co-morbide
- Motiverende gespreksvoering forensische
- Motiverende gespreksvoering gedetineerden psychiatrische
- Motiverende gespreksvoering gedetineerden psychische
- Readiness to change psychiatric offenders review
- Readiness to change psychiatric offenders meta-analysis
- Pretreatment program prisoners mental disorder
- Psychiatric offenders motivation review
- Psychiatric offenders treatment adherence meta-analysis
- Psychiatric offenders treatment adherence review
- Psychiatric offenders treatment attrition review
- Psychiatric offenders treatment compliance meta-analysis
- Psychiatric offenders treatment compliance review
- Psychiatric offenders treatment motivation
- Psychiatric offenders treatment readiness review

Zorg en behandeling

- Assertive community treatment offenders
- Assertive community treatment prisoners mental
- Behandeling drugsverslaafde gedetineerden
- Behandeling gedetineerden
- Behavioral intervention offenders
- Best practices offender treatment
- Best practices prisoners mental disorder treatment
- Cognitive-behavioral intervention prisoners mental disorder
- Community treatment recidivism mental
- Comprehensive integrated treatment offenders meta-analysis
- Comprehensive integrated treatment prisoners mental disorders
- Consultatieve psychiatrie forensisch justitiabelen psychische
- Consultatieve psychiatrie gedetineerden
- Consultatieve psychiatrie Justitie
- Correctional treatment mental
- Correctional treatment mental review
- Co-occurring disorder treatment offenders
- Co-occurring disorder treatment prisoners mental
- Dubbele diagnose
- Effective methods offender treatment
- Forensische zorg in justitiële instellingen
- Forensische zorg in penitentiaire centra
- Gedragsinterventie forensische patiënten
- Gedragsinterventie gedetineerden stoornis
- Gedragsinterventie penitentiaire centra
- Geestelijke gezondheidszorg gedetineerden
- Interventie forensische
- Interventie gevangenis psychiatrische
- Interventie gevangenis psychische
- Interventie gedetineerde stoornis
- Measures offender mental treatment effectiveness
- Meta-analysis treatment forensic offenders
- Offenders co-occurring disorders
- Offender intervention mental
- Offender treatment program mental
- Pharmacological integration treatment offenders
- Pharmacological intervention offenders drugs
- Pharmacological intervention offenders mental
- Pharmacological treatment offenders
- Pharmacological treatment prisoners
- Prestatie-indicatoren forensische gedetineerden
- Pre-treatment program mental illness
- Prisoner treatment program mental
- Psychoeducation offenders mental
- Psychoeducation prisoners mental disorder
- Treatment forensic offenders review
- Treatment offenders mental disorders review
- Treatment program integration offenders
- Treatment program prisoners mental disorder
- Treatment review prison mental health
- Uitkomstmaten gedetineerden psychiatrisch

Continuïteit van zorg en behandeling

- Concurrent treatment offenders mental
- Continuïteit van zorg daders psychische
- Continuïteit van zorg gedetineerden
- Continuïteit van zorg psychiatrische
- Continuity of care offenders mental
- Continuity of services offenders mental
- Continuity of treatment offenders mental
- Doorplaatsen gedetineerden
- Doorplaatsen gedetineerden co-morbide
- Doorplaatsen gedetineerden samenwerking
- Doorplaatsen gedetineerden stoornis
- Doorplaatsen samenleving
- Nazorg ex-gedetineerden co-morbide
- Nazorg ex-gedetineerden psychiatrische
- Nazorg ex-gedetineerden psychische Nazorg ex-gedetineerden recidive
- Nazorg ex-gedetineerden samenwerking
- Nazorg ex-gedetineerden terugval
- Prevention recidivism community
- Recidive
- Reintegratie
- Reentry offenders mental
- Rehabilitation offenders mental
- Reintegration offenders mental
- Reintegration offenders mental problems
- Resocialization offenders
- Transfer of care
- Transfer of services
- Treatment after care psychiatric offenders

Bijlage 6:

Overzicht van lopend (en recent afgerond) onderzoek

Om na te gaan welk onderzoek loopt zijn (in mei/juni 2012) databases geraadpleegd van het WODC en EFP en is navraag gedaan bij DJI, het NIFP en de wetenschappers uit de Ronde Tafel. De databases bleken niet altijd up-to-date informatie te bevatten. De informatie betreft dan ook lopend onderzoek en waarschijnlijk ook een deel recent afgerond onderzoek. Een groot deel van de gegevens is afkomstig uit de database van het EFP; voorzien is dat deze database (www.efp.nl) in de zomer van 2012 wordt bijgewerkt.

De onderzoeken zijn ingedeeld onder de hoofdtaken van de PPC's: opvangen en stabiliseren, diagnostiek, motiveren, behandelen en continuïteit van zorg. Hieronder wordt eerst de titel van het onderzoek vermeld, daarna de uitvoerende instantie. Een overzicht met meer informatie (o.a. doel, samenvatting, methode) is verkrijgbaar via www.mpct.eu.

Stabiliseren

- Effect van een triptaan bij de behandeling van vijandigheid en agressie bij terbeschikkinggestelden. FPC De Kijvelanden.
- Implicaties van de nieuwe behandelwet op dwangmedicatie in het gevangeniswezen (werktitel). PPC Amsterdam.
- Screening metabool syndroom bij antipsychotische medicatie en stemmingsstabilatoren. FPA Reinier van Arkel Groep.

Diagnostiek

Algemeen

- RACE-studie (Risk Assessment and Care Evaluation). Rob Giel Onderzoekscentrum.
- De toegevoegde waarde van laboratoriumtaken en systematische monitoring in het meten van 'impulsiviteit' voor risicotaxatie en behandelvaluatie. FPC Van der Hoevenkliniek.

Diagnostiek

- Onderzoek naar determinanten van suïcides in detentie. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen in het forensische veld. NIFP Pieter Baan Centrum.
- Gestandaardiseerde psychodiagnostiek in NIFP, locatie Pieter Baan Centrum. NIFP Pieter Baan Centrum.
- Diagnosis of antisocial personality disorder and criminal responsibility. Instelling onbekend.
- Methoden en technieken in het wetenschappelijk forensisch psychiatrisch onderzoek. FPC Van Mesdag kliniek.

- Multicenter Routine Outcome Monitoring (ROM) voor TBS-gestelden met verstandelijke beperkingen. St. Trajectum.
- Onderzoek naar de relatie tussen ziekte-inzicht en psychotische symptomatologie. FPC De Kijvelanden.
- Affective startle modulation in personality disordered offenders. Erasmus Medisch Centrum.
- Co-morbiditeit van psychoses en psychopathie. GGZ Drenthe.

Risicotaxatie en recidive

- Risicotaxatie in de rapportagesetting voor jeugdigen (werktitel). Instelling onbekend.
- Haalbaarheidsonderzoek recidive per JJI en FPC. WODC.
- Van losse diagnoses naar een geïntegreerde aanpak: de externaliserende factor als innovatieve basis voor behandeling van delict- en probleemgedrag in forensische steekproeven. FPC De Kijvelanden.
- Risicotaxatie, validering en nut in behandeling. Instelling onbekend.
- Risicotaxatie bij vrouwen. FPC Van der Hoevenkliniek.
- Risicomangement en beschermende factoren bij TBS-patiënten. WODC.
- Koppelstudie risicotaxatie en recidive TBS-gestelden. WODC.
- FES Hersenen & Cognitie: QR antisociaal gedrag meten en begeleiden. WODC.
- Deltaplan recidiveonderzoek. WODC.
- Beschermende factoren bij TBS patiënten. WODC.
- Risicotaxatie bij forensische poliklinische cliënten binnen GGZ-NHN. GGZ-NHN, Divisie Forensische Psychiatrie, Heiloo.
- Contextuele factoren en recidive: De functie van kwaliteit van leven in het voorkómen van recidive door forensisch psychiatrische cliënten. Pompestichting.
- Forensisch Sociaal Netwerk Analyse. FPC Van Mesdag kliniek.
- De relatie tussen psychotische kenmerken, persoonlijkheidskenmerken en antisociaal gedrag onder psychotici. Erasmus Universiteit Rotterdam
- Het beloop van psychische klachten onder gedetineerden, factoren die hiermee samenhangen en de relatie tot recidivecijfers binnen PI Amsterdam Over-Amstel. PPC Amsterdam.
- Agressie en psychiatrische stoornis. PPC Amsterdam.
- Prevalentie van slaapstoornissen bij forensisch psychiatrische patiënten en de correlatie met reactieve agressie. GGZ Drenthe.
- Kwaliteit van de ambulante rapportage pro Justitia volwassenen. Instelling onbekend.
- Dimensies van impulsiviteit en agressie gerelateerd aan (persoonlijkheids)psychopathologie. FPC De Rooyse Wissel.

Instrumentontwikkeling en validering

- RAP onderzoek. Instelling onbekend.
- Validering gereviseerde versie van risicotaxatie instrument HKT-30. FPC Van Mesdag kliniek.
- Dynamic risk assessment and treatment evaluation in forensic psychiatric patients: A study on the Dutch Risk assessment Device HKT-30. Universiteit Tilburg.
- Retrospectief onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de START (Short Term Assessment of Risk en Treatability) en de nieuwe versie van de HKT. GGZ Drenthe.
- De psychometrische eigenschappen en predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de START. GGZ Drenthe.
- The use of the PCL-R in offenders with intellectual disability, a comparative study. St. Trajectum – Hoeve Boschoord.
- De ontwikkeling van een instrument voor het evalueren van bewegingsagogie. FPC De Kijvelanden.
- Psychometric properties and utility of the Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS) in real life forensic psychiatric assessments in the Netherlands. Instelling onbekend.
- Ontwerpen en implementeren van een monitor voor Kritieke Prestatie Indicatoren (KPI). WODC.
- Ontwikkeling en validering van de Dynamic Risc Outcome Scales (DROS). Instelling onbekend.
- De Ontwikkeling van een instrument voor het meten van reactief en proactief agressief gedrag. FPC De Kijvelanden.
- Validering van de Kijvelanden Agressie Lijst op de polikliniek. FPC De Kijvelanden.
- Beschermende factoren in risicotaxatie. Validering van de SAPROF. FPC Van der Hoevenkliniek.
- De correlatie tussen impulsiviteitsmaten, agressief gedrag en therapeutische uitkomst. Instelling onbekend.
- Comorbiditeit tussen antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslaving. FPC De Kijvelanden.
- Belang van risicotaxatie volgens het multidisciplinair gestructureerd klinisch oordeel. FPC Van der Hoevenkliniek.
- Gedragsverandering van forensische psychiatrische patiënten, herhaalde metingen met de FP40. FPC De Oostvaarderskliniek.
- Risicotaxatie in een persoonsgerichte benadering. Het meten van maatschappelijk aanpassingsvermogen bij gedetineerde psychiatrische patiënten. P.I. Haaglanden.
- Doorontwikkeling en klinische implementatie van neurocognitieve testbatterij (ForMinds). FPC De Pompestichting.

Motiveren

- Ontwikkeling en evaluatie van een motivatie module. FPC De Kijvelanden.

Zorg en behandeling

Algemeen

- Gevolgen Wetsvoorstel Forensische Zorg. WODC/DSP-groep.
- Onderzoek naar de bedoelde en onbedoelde gevolgen van vrijheidsbeneming. NSCR.
- Zorg voor gedetineerden met een psychische stoornis. RSJ.
- Human enhancement (neurowetenschap in de strafrechttoepassing). RSJ.
- Bejegening van patiënten door ZBIWers, de bijdrage aan gedragsverandering van patiënten door ZBIWers. PPC Amsterdam.
- Behandelmilieu, agressie en psychopathie. Pompestichting.
- Ontwikkeling en evaluatie van een training voor sociotherapeuten. FPC De Kijvelanden.
- Het agressief-delinquent fenotype: de invloed van impulsiviteit, empathie, paranoia en gen-omgevings interacties. Stichting Jeugdzorg Sint Joseph – Universiteit Maastricht.
- Forensische aspecten van error-monitoring. Instelling onbekend.
- De relatie tussen psychiatrisch ziektebeeld en agressief gedrag van patiënten in de FOBA. PPC Amsterdam.

Kwaliteit van leven

- Patiënttevredenheidsonderzoek. PPC Overmaze.
- Zorg in PPC's. PI/PPC Vught.
- Kwaliteit van leven bij patiënten in cluster langdurig forensische zorg. Pompestichting.

Evaluatie van interventies

- Sociaal emotioneel gedrag van mannelijke psychopaten na dubbel-blind placebo gecontroleerd intranasale toediening van Oxytocine. NIFP Pieter Baan Centrum.
- Effectiviteitsonderzoek Schema Focused Therapy. Universiteit Maastricht.
- Effectiviteit van Schema focused Therapy voor forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Universiteit Maastricht.
- Effectiviteit van schemagerichte therapie bij forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Rooyse Wissel.
- De behandeling van geïnterneerden in forensisch psychiatrische contexten. Een exploratief multimethod onderzoek naar behandelingsmodellen en voorwaarden ter implementatie in een forensisch psychiatrisch centrum, met aandacht voor specifieke doelgroepen. Hogeschool Gent.
- Effectiviteit van intramurale en semimurale behandeling en ACT van forensisch psychiatrische patiënten in de FPK en de AFPN te Assen (Behandeleffecten FPK, AFPN, For-ACT). GGZ Drenthe.
- Evaluatie van bewegingsagogie als onderdeel van het behandelprogramma voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Kijvelanden.
- Evaluatie van psychomotore therapie als onderdeel van het behandelprogramma voor terbeschikkinggestelden met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Kijvelanden.
- Meta-analyse Nederlandse effectstudies. WODC.

- Onderzoek naar de effectiviteit van de gedragsinterventie CoVa. WODC/DSP-groep.
- Het effect van muziektherapie op interventies bij diagnose en gedragsverandering van coping vaardigheden en sociale vaardigheden bij nieuw opgenomen forensisch psychiatrische patiënten (gerandomiseerd prospectief klinisch evaluatief onderzoek). FPC De Oostvaarderskliniek.
- Effect van behandeling in de sector Intensieve en Forensische Psychiatrie AMC de Meren. KIB de Meren.
- Effectiviteit van intramurale behandeling bij de FPK Assen. GGZ Drenthe.
- Behandeleffectmeting bij de 3 Klinieken Intensieve Behandeling. GGZ Eindhoven.
- De Borg Effectevaluatieonderzoek. St. Trajectum & De Borg.
- Effectiviteit van het Forensisch Assertive Community Treatment (ForACT) Team te Assen. GGZ Drenthe.

Patronen en voorspellers van behandelrespons

- Patronen en voorspellers in de behandelrespons van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Rooyse Wissel.
- Neuropsychologische factoren en de Cognitieve Vaardigheden (CoVa) training bij gedetineerden. WODC.
- Gedragsverandering tijdens de behandeling. FPC De Rooyse Wissel.
- Gehechtheid en antisociale relatievorming. FPC De Rooyse Wissel.
- Affectieve schrik modulatie bij terbeschikkinggestelden met een persoonlijkheidsstoornis. FPC De Kijvelanden.
- Het verloop van de behandeling van patiënten met psychotische problematiek. FPC De Kijvelanden.
- Psychopathy: patterns and predictors of change during long-term forensic psychiatric treatment. Universiteit Maastricht.

Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte gedetineerden.

- Executief disfunctioneren, impulsieve agressie en de invloed van IQ bij forensisch psychiatrische patiënten in PPC Den Haag. P.I. Haaglanden.
- Evaluatie behandeling zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte daders en SGLVG'ers in de SGLVG behandelcentra van de Borg. Hoeve Boschoord.

Beweging, sport, en voeding

- Onderzoek naar consumptie en voedingstoestand gedetineerden. PPC Amsterdam.
- De associaties tussen vetzuurspiegels, micronutriënten en zware metalen en gewelddadig gedrag bij forensisch psychiatrische patiënten. Altrecht – WODC.
- Onderzoek naar de relatie tussen (in)activiteit en agressie/ontremming. VU Amsterdam.

Continuïteit van zorg en behandeling

- Ketenpartner Onderzoek. PPC Overmaze.
- Een Art.37 WvSr, één jaar opname... en dan? Een kwalitatief onderzoek naar de mate van bereidwilligheid tot het volgen van nazorg bij forensische patiënten op een FPA. GGZ-VS/Palier.
- Resocialisatie begint al bij opname. Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Monitor Nazorg 2010 3e meting. WODC.
- Gegevens uitwisseling door toezichhouders. WODC/Universiteit van Amsterdam.
- Evaluatie pilot zorginkoop DforZo. WODC/DSP-groep.
- Open en gekoppelde overheidsdata. TU.
- Forensisch Psychiatrisch Casusregister (FPCR). Rob Giel Onderzoekscentrum.

PPC | Penitentiair Psychiatrische Centra

Colofon

Dit is een uitgave van de
Dienst Justitiële Inrichtingen
Sectordirectie Gevangeniswezen
Postbus 30132
2500 GC Den Haag
www.dji.nl

Deze uitgave is zuiver informatief.
Er kunnen geen rechten aan ontleend worden. DJI aanvaardt geen
aansprakelijkheid voor eventuele fouten in deze uitgave.
De personen op de foto's zijn modellen of medewerkers van DJI.

© DJI, september 2012