



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Veiligheid en Justitie

PPC | Penitentiair Psychiatrische Centra

> Bijlage 6:

Samenvattingen van onderzoeksliteratuur, gebruikt voor de literatuurstudie naar psychiatrische zorg in detentie.



Bijlage 6:

Samenvattingen van onderzoeksliteratuur, gebruikt voor de literatuurstudie naar psychiatrische zorg in detentie.



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

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

Auteurs: J. Plaisier, D.V. Wiersema, M. Mol & M. van der Giessen
Impact R&D, Prins Hendrikkade 120,
1011 AM Amsterdam, www.mpct.eu

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

Inleiding

In opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen heeft Impact R&D een internationale literatuurstudie uitgevoerd naar psychiatrische zorg in detentie.

Het rapport van de literatuurstudie kan gedownload worden vanaf www.mpct.eu

Voor degenen die wat meer achtergrondinformatie zoeken zijn in dit document samenvattingen en referenties opgenomen van de gebruikte literatuur.

Bijlage 6:

Samenvattingen van onderzoeksliteratuur, gebruikt voor de literatuurstudie naar psychiatrische zorg in detentie.



Inhoudsopgave

Stabiliseren	7
Diagnostiek	15
Motiveren	31
Zorg en behandeling	49
Continuïteit van zorg en behandeling	89



Stabiliseren

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.ggz nederland.nl>.

Dit inventariserend onderzoek beoogde enerzijds best practices rond dwang en drang in Nederland in kaart te brengen. Anderzijds beoogde het zicht te krijgen op de wijze van implementatie van best practices in de instellingen en knelpunten bij de reductie van dwang en drang. Deze doelstellingen leiden tot de volgende vragen: Welke interventies worden in de praktijk ingezet om dwang te reduceren? Welke instrumenten worden gehanteerd om dwang te reduceren? Hoe worden deze interventies en instrumenten geïmplementeerd? Wat zijn knelpunten in de reductie van dwang en drang en hoe wordt er in de praktijk mee omgegaan?

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*.

In deze ontwerpregeling wordt de volgende norm geïntroduceerd: '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.' Verder wordt in stappen beschreven hoe te handelen na een ernstig agressie-incident en hoe te handelen na overplaatsing. Tot slot wordt een overzicht gegeven met mogelijkheden voor uitplaatsing op korte termijn, waarbij rekening is gehouden met de rechtspositie van de patiënt.

Widdershoven, G. (2010). *Reflectie als interventie*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Medische Filosofie en Ethiek aan de Faculteit der Geneeskunde en de Faculteit der Wijsbegeerte van de Vrije Universiteit Amsterdam/VU medisch centrum op 9 september 2010.

Mogelijkheid om na een incident met de betrokkenen in de gesprek te gaan is aan de hand van een moreel beraad.

'De hedendaagse gezondheidszorg vraagt om ethische reflectie. Een manier om die reflectie te organiseren is moreel beraad. Moreel beraad wordt ontwikkeld in dialoog. Dat geldt in de praktijk van de gezondheidszorg, waarin de filosoof de dialoog tussen betrokkenen op gestructureerde wijze ondersteunt. Het proces van ondersteuning is zelf ook dialogisch; het wordt in interactie met de deelnemers vorm gegeven en waar nodig bijgesteld. Om moreel beraad als interventie verder te verbeteren is een dialoog vereist met gezondheidszorgonderzoekers, waarin kwalitatieve en kwantitatieve, theoretische en empirische aspecten aan elkaar worden gerelateerd.'

Molenwijk, A. C., Abma, T., Stolper, M., & Widdershoven, G. (2008). *Teaching ethics in de de clinic. The theory and practice of moral case deliberation*. *Journal of Medical Ethics*, 34, 120-124.

'A traditional approach to teaching medical ethics aims to provide knowledge about ethics. This is in line with an epistemological view on ethics in which moral expertise is assumed to be located in theoretical knowledge and not in the moral experience of healthcare professionals. The aim of this paper is to present an alternative, contextual approach to teaching ethics, which is grounded in a pragmatic-hermeneutical and dialogical ethics. This approach is called moral case deliberation. Within moral case deliberation, healthcare professionals bring in their actual moral questions during a structured dialogue. The ethicist facilitates the learning process by using various conversation methods in order to find answers to the case and to develop moral competencies. The case deliberations are not unique events, but are a structural part of the professional training on the work floor within healthcare institutions. This article presents the underlying theory on (teaching) ethics and illustrates this approach with an example of a moral case deliberation project in a Dutch psychiatric hospital. The project was evaluated using the method of responsive evaluation. This method provided us with rich information about the implementation process and effects the research process itself also lent support to the process of implementation.'

Lindqvist, P., & Skipworth, J. (2000). *Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry*. *British Journal of Psychiatry*, 176, 320-32.

'The extent to which forensic psychiatric rehabilitation alters an individual's level of risk is unclear. To highlight some essential features of a forensic psychiatric rehabilitation system, and to discuss risk assessment in this context to create a conceptual framework for risk research and practice. The applicability of risk assessment instruments to forensic psychiatric rehabilitation was examined. Core processes and elements considered essential in this type of rehabilitative work were reviewed. Current risk research has limited application to rehabilitation. Future research aimed at analysing forensic psychiatric rehabilitation will be hampered by the complexity of the treatment systems and the number of methodological issues relevant to this type of research. Novel research approaches are suggested to analyse further the risk factors and processes important in forensic psychiatric rehabilitation.'

'Institutional life inevitably counteracts autonomy and self-support. It is not surprising that the most successful rehabilitative endeavours occur in the least restrictive environment (Andrews et al, 1990; Test, 1992). Although legal sanctions and/or individual risk appraisal may necessitate institutional care, it is essential that institutional attitudes, which may be convenient for the staff and the patients, are intensively challenged. The problem with forensic work is seldom to succeed in making the patients adjust to the institution. Rather, the task is to enable them to live peacefully outside an institution in a less-structured and supervised milieu, with neighbours who are not on the payroll.'

Dijkstra, M., & Bransen, E. (2010). *Middelengebruik bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking. Een verkennend onderzoek*. Utrecht: Trimos-instituut.

De aard en omvang van middelengebruik bij volwassenen met LVG. Een apart hoofdstuk over PPC. De deskundigheid en behoeften worden beschreven.

'Uit de interviews blijkt dat medewerkers in de PPC's maar beperkte kennis hebben van middelengebruik door volwassenen met LVG. Toch vinden de meeste geïnterviewden de kennis voldoende, omdat middelengebruik niet is toegestaan. De medewerkers komen met velerlei problemen in aanraking en hoeven niet van alle onderwerpen alles te weten. Verder vindt men de zorg na detentie belangrijker. Bovendien is het meestal niet duidelijk hoe lang patiënten in de PPC zullen verblijven. De geïnterviewden hebben wel behoefte aan meer kennis over vragen als: hoe ga je met deze patiënten om, wat kun je bij deze patiënten verbeteren en hoe krijg je ze in de juiste vorm van zorg geplaatst na detentie. "Er zijn weinig plekken waar de volwassenen met LVG naartoe kunnen als ze vrij komen, vooral klinische settings ontbreken," zegt een respondent.'

'In Nederland heeft het ministerie van Justitie een quick scan laten uitvoeren naar justitiabelen (personen die zich in het strafrechtelijk systeem bevinden) met zowel een lichte verstandelijke beperking als psychiatrische problemen en verslavingsproblematiek (de zogenaamde triple problematiek). Ongeveer 15-39% van de justitiabelen met problematisch drugsgebruik heeft een lichte verstandelijke beperking. Naast middelengebruik en een verstandelijke beperking heeft 36% van de justitiabelen ook een psychische stoornis. Een goede inschatting van de verstandelijke beperking is echter moeilijk te maken omdat gedegen diagnostische informatie ontbreekt. Ook onderkennen medewerkers van justitiële inrichtingen de combinatie van de genoemde problemen nog onvoldoende (Kaal et al., 2009).'

'Voor effectieve begeleiding van volwassenen met LVG die (problematisch) middelen gebruiken is dus deskundigheidsbevordering nodig. Professionals die werken met deze doelgroep zouden zowel in cursusverband als op de werkvloer getraind moeten worden, blijkt uit een recente meta-analyse (Van Oorsouw, Embregts, Bosman & Jahoda, 2009) Dit geldt temeer wanneer de training als doel heeft gedrag van cliënten te veranderen. Daarnaast is gebruik van meerdere technieken zoals rollenspellen, modelling en verbale feedback, effectiever dan het gebruik van één enkele techniek (Van Oorsouw, Embregts, Bosman & Jahoda, 2009). Voor het aanleren van een attitude lijkt videofeedback een effectieve methode te zijn (Embregts & Gerits, 2007).'

'Hoewel iedereen het erover eens lijkt te zijn dat een specifieke behandeling bij volwassenen met LVG nodig is, staat de behandeling van problematisch middelengebruik bij deze groep nog in de kinderschoenen (McLaughlin, 2007; Slayter, 2008).'

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.

De meeste onderzochte CDT programma's waren in staat om acute crisis interventies uit te voeren, maar meerdere programma's hadden niet genoeg werknemers om ook lange termijn stabilisatie te bieden. 582

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>.

Eén van de belangrijkste aspecten van de ITP crisis betreft de gedetineerden met psychische problematiek die moeten wachten in huizen van bewaring tot ze geëvalueerd en behandeld kunnen worden. Het ROC (inrichten van een forensische afdeling in de instelling pilot) model is volgens dit onderzoek kosten besparend, klinisch effectief, en menselijker dan opsluiting tot ze aan de beurt zijn.

Het ROC model vraagt maatregelen voor het bewerkstelligen van intensieve psychiatrische stabilisatie, forensische evaluatie en restoratie, en lange termijn behoud van competentie in plaatselijke huizen van bewaring ondanks de nadelige indeling en constructie van de gebouwen.

Uit dit onderzoek blijkt dat hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg een afdeling van een huis van bewaring kunnen omtoveren tot zeer therapeutische afdeling geestelijke gezondheidszorg.

Door een combinatie van een werkend gedrag management systeem (om de orde te bewaren), een levendig behandelprogramma, eenvoudige aanpassingen aan de ruimtes (zoals markeerlijnen op de vloer), een goed team van medische professionals en beveiliging, kan een klimaat gecreëerd worden van veiligheid, voorspelbaarheid en respect.

Het ROC model (inrichten van ruimtes in een huis van bewaring voor stabilisatie, forensische evaluatie, en forensische restoratie) kan volgens dit onderzoek bijdragen aan een snellere doorstroming van verdachten met psychische problematiek, de vraag naar dure forensische ziekenhuisbedden verminderen, en voor aanzienlijk minder geld direct in de plaatselijke huizen van bewaring ondersteuning bieden. Dit vermindert de kosten en verbetert de forensische dienstverlening. 87

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.

Dit onderzoek heeft gekeken naar de effecten van 'The Early Recognition Method' (ERM) binnen een zwaar beveiligde forensische setting in Nederland. Hoewel er alleen nog resultaten bekend zijn binnen 1 setting (n=189) en daarom nog specifiek zeer zijn, zijn de bevindingen veelbelovend op het gebied veiligheid en risicomanagement.

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, met als doel agressie tegen medewerkers (en vooral de verpleging) en incidenten te kunnen verminderen.

De resultaten laten zien dat de patiënten die met de methode in aanraking waren gekomen een significante daling lieten zien in het aantal separaties. Daarnaast werd er een vermindering in ernst van incidenten (gemeten met de SOAS-R) gevonden in de post-interventie periode. Deze vermindering was vooral te zien bij patiënten met drugs/alcohol gebruik en met een persoonlijkheidsstoornis. Dit was ook het geval voor patiënten met schizofrenie, maar in iets mindere mate.

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.

Beschrijft en benoemt key principles van behandeling en re-integratie strategieën.

Jail-Based behandel programma's

Behandel programma's in huizen van bewaring werken heel anders dan die in gevangenis-
sen, met name omdat het gaat om korte periodes van opsluiting.

In plaats van dat ze lange termijn behandelingen bieden voor CODs leggen ze dan ook de nadruk op screening, evaluatie, interventies gericht op psycho-educatie, en diensten voor re-integratie (Hills, 2000).

Een juiste en nauwkeurige beoordeling van CODs kan belangrijke informatie opleveren over de noodzakelijke behandeling, bereidheid om mee te werken, en mogelijke taakstraffen die opgelegd kunnen worden. Andere belangrijke diensten zijn contactpersonen met de rechtelijke macht leveren, re-integratie planning, en contacten met de dienstverlening in de vrije samenleving. 372

Programma's die ingericht zijn voor veroordeelde gedetineerden duren vaak langer (meestal tot één jaar), en bevatten psycho-educatie en support groups, interventies om de motivatie en participatie te verhogen, en re-integratie planning met organisaties in de gemeenschappen. 373

Belangrijkste doelen van huizen van bewaring en gevangenis

Behandelprogramma's in gevangenis en huizen van bewaring worden meestal ingericht om 4 doelen te halen. Deze doelen sturen de implementatie van meerdere diensten voor opeenvolgende stappen in de behandeling en dienstverlening, waaronder identificatie, screening, stabilisatie, beoordeling en behandeling, en re-integratie.

- Focus op de directe noodzaken en basisbehoeftes,
- Geïntegreerde levering van geestelijke gezondheidszorg voor psychische en verslavingsproblematiek,
- Voorbereidingen voor de vrijlating,
- Samenwerking met diensten en organisaties in de vrije samenleving om de behandelingen en dienstverlening door te zetten na vrijlating.

373.

Opeenvolgende componenten van programma's in de gevangenis en het huis van bewaring

De meeste CDT programma's in gevangenis en huizen van bewaren bevatten de volgende opeenvolgende elementen:

- Stabilisatie,
- Beoordeling,
- Geïntegreerde behandeling,
- Voordelen behalen,
- Re-integratie en pre-vrijlatingsplanning.

373-374

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.

De screening en behandelmethodes voor personen met SMI in de gevangenis zijn geëvalueerd in het laatste rapport van de Criminal Justice/Mental Health Consensus Project (Council of State Governments Justice Center 2002). Vanuit deze evaluatie worden enkele aanbevelingen gedaan:

- Screen alle gevangenen voor mental illness met behulp van een gestandaardiseerd meetinstrument en een getrainde onderzoeker,
- Positieve diagnoses moeten leiden tot een doorverwijzing naar een geestelijke gezondheidszorg professional of een uitgebreidere evaluatie,
- Screening protocollen moeten ook het risico op suïcide vaststellen,
- De uitwisseling van informatie tussen de gevangenis en de zorginstellingen moet bevorderd worden,
- De gevangenis/huis van bewaring moet zelf in-house crisis interventie en stabilisatie mogelijkheden hebben,
- Personen moeten geholpen worden met het innemen van anti-psychotica (dat ze het blijven innemen),
- Wanneer een persoon opgenomen wordt moet direct een plan gemaakt worden voor de vrijlating. 441

McGuire, A. B., & Bond, G. R. (2010). *Critical Elements of the Crisis Intervention Team Model of Jail Diversion: An Expert Survey*. Behavioral Sciences & the Law, 29(1), 81-94.

Het crisis intervention team (CIT) model bestaat uit twee componenten: speciaal hiervoor opgeleide politie agenten, en een gespecialiseerde crisis respons locatie (SCRS; Dupont & Cochran, 2002; Steadman et al., 2001). CIT agenten worden opgeleid om situaties waarbij personen met psychische stoornissen betrokken zijn te evalueren, eventueel te de-escaleren, en om indien geïndiceerd de personen te vervoeren naar een SCRS locatie. SCRSs bieden lokale drop-off locaties voor de politie met 'politie vriendelijke' procedures waardoor agenten zo snel mogelijk weer terug op patrouille kunnen (Steadman, 2001). 81

De eerste evaluaties van CIT programma's tonen veelbelovende resultaten wanneer het gaat om response tijden, het aantal arrestaties, en de ervaringen van CITs (Borum, Deane, Steadman, & Morrissey, 1998; Steadman, Deane, Borum, & Morrissey, 2000). Ook blijken CIT agenten consequent vaker individuen naar geestelijke gezondheidszorg instanties te vervoeren. Uit een evaluatie van twee CIT programma's blijkt dat personen die met CIT's in aanraking komen meer tijd doorbrengen in de vrije samenleving en betere resultaten boeken als het gaat om de geestelijke gezondheid en quality-of-life (Broner, Lattimore, Cowell, & Schlenger, 2004). 82

De volgende elementen bleken in dit onderzoek belangrijk voor het CIT model:

Philosophy and collaboration

- Samenwerking tussen diensten en betrokken partijen (Council of State Governments, 2007). - Alle betrokken partijen moeten met elkaar communiceren, meedoen met het organiseren van CIT modellen, en begrip en respect hebben voor de rol en functie van andere partijen en diensten. De verschillende perspectieven van de betrokken partijen kunnen voor problemen zorgen. De communicatie en samenwerking kan bevorderd worden door een programma coördinator aan te stellen (Torrey, Finnerty, Evans, & Wyzik, 2003).
- Uit dit onderzoek bleek dat CIT niet beperkt mag worden tot kleine vergrijpen. Ook ernstigere misdrijven moeten in aanmerking komen (Naples & Steadman, 2003).
- De behandeling van personen moet verplicht zijn. Dit model is dan ook een manier om personen verplicht in een behandeling voor hun psychische problematiek te krijgen, zonder dat het penitentiaire systeem hierdoor belast wordt. Het doel is niet om personen zoveel mogelijk in de vrije samenleving te houden. 90-91

Law enforcement

- Het belang van gespecialiseerde CIT agenten die 24/7 paraat staan om situaties te de-escaleren waarbij sprake is van personen met psychische stoornissen,
- De training moet intensief en praktijkgericht zijn. Ook moeten zowel agenten als meldkamer centralisten opgeleid worden. Dit element komt overeen met de bevindingen van het Consensus Project (Council of State Governments, 2007),
- Een de-escalatie element in de opleiding,
- Meer onderzoek naar de exacte inhoud van de training voor agenten en meldkamer centralisten.

91-92

Mental health services

- SCRS moeten beschikbaar, toegankelijk, snel, en makkelijk in het gebruik zijn voor CIT agenten,
- Verder onderzoek naar het verdere verloop van de behandeling na de opvang op een SCRS. 92



Diagnostiek

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.

‘The field of violence risk assessment has made substantial strides in the past four decades. In large part, these advances reflect the addition of purpose-designed risk assessment measures such as the HCR-20 and COVR as well as the contributions of prolific scholars and state of the art studies (Hodgins’ Aftercare Project; Monahan, Steadman et al.’s MacArthur Violence Risk Assessment study). However, important areas of inquiry have been left largely unexplored. The potential incremental value to be added by dynamic risk factors to historical and static factors is relatively unexamined. Yet, changeable factors offer the capacity to identify new opportunities for the prevention and management of violence risk. Similarly, the added value to be offered by a consideration of protective factors in addition to risk factors is only now emerging as a field of inquiry in adult forensic mental health. This special section is dedicated to addressing some of these limitations and provides papers describing two new measures (SAPROF and START) and empirical evidence supporting the role of protective factors in risk assessment and risk management research.’

‘Despite recognition of the importance of clinical and situational variables to the task, risk assessment instrument development and associated research has focused heavily on factors that are static or stable and thus, difficult or impossible to change, and to a lesser extent on dynamic, changeable risk factors (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 1998).’

‘The SAPROF was designed as an add-on for use with structured risk assessment tools such as the HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997), thereby providing a more balanced and well-rounded approach to informing assessment and management of individuals at risk for violence. The START fills a different niche in that it is intended to structure short-term assessments (days to months) and treatment planning for the diverse mental health concerns (suicide, self-harm, violence, substance abuse, self-neglect, victimization) that arise in caring for and managing persons with mental and personality disorders.’

‘Despite more than 50 empirical studies of the predictive validity of the HCR-20 (Guy, 2008), research on its ability to prevent future violence is extremely limited.’

‘A comprehensive model of risk assessment in forensic psychiatric patients should include static, historical risk factors, which help to establish the base rate of risk for future criminal behavior; dynamic risk factors in order to diminish risk; and strengths-based protective factors (Douglas et al., 2001; Farrington & Loeber, 2000; Miller, 2006; Rogers, 2000) to decrease the risk of re-offending and to enhance engagement in treatment through increased emphasis on positive aspects of the patient’s life.’

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.

‘In this article, the Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF), a structured professional guideline for protective factors, is introduced and the incremental value of this instrument for treatment planning and risk management in forensic settings is discussed. The most important goal of the standardized assessment of protective factors is to complement violence risk assessment resulting in a more balanced and possibly more accurate risk assessment. Furthermore, the positive, strengths-focused approach of the SAPROF may be motivating for both staff and patients, leading to more elaborate and patient-adjusted risk management strategies and improved risk communication.’

Posthuma, T., Vos, R., & Kerkmeer, M. (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: Parnassia/GGZ.

Betreft een beschrijving van screening, assessment en behandeling van patiënten met een dubbeldiagnose.

Voor het screenen op middelenmisbruik wordt aanbevolen om de CAGE en CAGE-AID toe te passen in combinatie met een Index of Suspicion. Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcohol- en drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties. Voor zowel screening als assessment van psychopathologie bij dubbele diagnosepatiënten wordt het instrument Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) aanbevolen.

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.

Beschrijving van de diagnostiek, indicatie, behandeling en interventies bij volwassenen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ook wordt ingegaan op co-morbiditeit. Tot slot wordt de organisatie van de zorg beschreven. Wel is zo dat forensische psychiatrische patiënten niet worden beschreven, maar de werkgroep ziet vooralsnog geen reden dat de conclusies niet voor deze groep zou gelden.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Een algemene beschrijving van alcoholgebruik bij patiënten, maar ook van de diagnostiek. Daarnaast wordt ingegaan op medicamenteuze behandeling, farmacotherapeutische interventies en psychosociale interventies. Ook wordt co-morbiditeit beschreven. Niet specifiek voor forensische patiënten.

Brand, E. F. J. M., & Diks, G. J. M. (2001). *Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek: Theorie en praktijk*. Tijdschrift voor psychiatrie, 43, 693-704.

Er worden aanbevelingen gedaan betreffende welke instrumenten geschikt zijn voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek. Er wordt een combinatie van verschillende vragenlijsten geadviseerd.

Ministerie van Justitie. (2008). *Zorgprogramma's voor gedetineerden met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Voor het psychiatrisch onderzoek wordt aanbevolen informatie te interpreteren uit de anamnese, heteroanamnese, observaties over en gesprekken met de gedetineerde. Om het ziektebeeld te beschrijven wordt het gebruik van de DSM-IV aanbevolen. Voor de diagnose de SCID of de MINI. Bij het vermoeden van een specifieke stoornis wordt verwezen naar specifieke instrumenten beschreven in de publicatie van Giesbrecht e.a. (2008). Verder wordt geadviseerd om bij een onduidelijke hulpvraag gebruik te maken van de volgende zorgbehoefteinstrumenten: Camberwell Assessment of Needs (CAN), de lijst van Gordon en de zorgaanbodsschaal. Voor gedetineerden met een duidelijke hulpvraag wordt het gebruik van de SIMS aanbevolen om eventuele simulatie op tijd te kunnen detecteren.

Er worden geen specifieke instrumenten geadviseerd op het gebied van intelligentie of risicotaxatie. Wel worden apart specifieke instrumenten genoemd voor diagnostiek voor gedetineerden met psychotische stoornis, angststoornis, stemmingsstoornis, persoonlijkheidsstoornis, verslavingsproblematiek en/of een licht verstandelijke beperking.

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.

‘Measuring change resulting from healthcare interventions is critical to evaluating their usefulness. The choice of outcome measure is an important part of such evaluations and is driven by assumptions about what is likely to change and how best to capture this. Despite its importance, forensic mental health has paid little attention to determining which are the best measures of outcome. This study used a panel of relevant professionals to (i) assess the relative importance of different areas of potential outcome measurement and (ii) evaluate specific instruments used currently as outcome measures in forensic mental health research. Although a wide range of potential outcomes were endorsed as appropriate, few corresponding instruments have been used consistently. Only three psychiatric instruments deemed by our panel as feasible, relevant and psychometrically adequate have been used in five or more studies (the Beck Depression Inventory; the Brief Psychiatric Rating Scale, and the Symptom Checklist-90 Revised). Significant measurement gaps were noted in areas such as social and emotional functioning.’

‘Nevertheless it is clear that instruments familiar to members of our panel from their practice but also from research on risk assessment and prediction have not yet found their way into large scale trials and evaluative research. It may be that an evaluative study of instruments for potential future use as forensic mental health outcome measures would be an appropriate interim step. Dynamic risk assessment may offer major opportunities for outcome measurement (Duggan, 2007; Langton, 2007; Wong & Gordon, 2006; Wong, Gordon, & Gu, 2007) and more research resources should be devoted to the properties of these promising new instruments.’

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.

‘The vast array of recidivism outcome measures displayed in this review illustrates the problems posed for comparison of results between different studies. Clearly, the term recidivism is not sharply defined and operationalised, ranging from offending behaviour, through parole violations to incarceration. Falshaw et al.¹⁰⁸ provided a practical example of the problems for comparison of different measures of recidivism. They found that the rate of recidivism increased by a factor of 5.3 when measured by any offence-related behaviour in treatment programme files in sexual offenders compared with measuring reconviction using the Home Office Offenders Index database. Similarly, a study in the USA showed major differences in the estimated rate of violent sexual offence depending on which official criminal record was used.¹⁰⁹ Grann et al.¹¹⁰ expressed concern about the continued practice in forensic mental health research of ‘lumping’ together behaviours of extremely different levels of seriousness into outcome measures of recidivism.’

‘Partly in response to public disquiet and clamour for better decisions about potentially dangerous mental health clients, a large amount of effort has gone into research to better predict individuals who are more at risk of future violent behaviour in forensic mental health services. Risk models partly comprise static variables that may predict violence, for example, demographic or socioeconomic variables. They also include more dynamic variables, for example, attitudes, orientation and treatment engagement, that may also be predictive of violence. These dynamic variables, because they can and do change, are of particular interest because they may not only be predictive of violence, but may also be responsive to interventions. Crucially, they would be of greatest interest if they respond to interventions and are causally associated with subsequent reduction in violent behaviour in a causal chain.¹¹³ The evidence informing this area of forensic mental health research is complex and is still a work in progress.’

‘There are competing instruments the relative merits of which are as yet unclear, including the HCR-20, the Level of Service Inventory-Revised, the Violence Risk Scale, the Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring. Similarly, it is far from clear which specific dynamic risk factors are critical in the causal chain; candidates include impulsiveness, antisocial attitudes, substance abuse and treatment provider alliance.’

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.

‘The evidence base for forensic mental health (FMH) services has been developing since the late 1990s. Are outcome measures sound enough for the evaluation tasks? To identify, from published literature, outcome measures used in FMH research and, where feasible, assess their quality. A structured review was undertaken of trials and intervention studies published between 1990 and 2006. Details of outcome variables and measures were abstracted. Evidence regarding most frequently occurring outcome measures was assessed.’

‘Four hundred and fifty different instruments were used to assess outcomes, incorporating 1038 distinct variables. Very little evidence could be found to support the measurement properties of commonly used instruments. There is little consistency in the use of outcome measure in FMH research. Effort is required to reach consensus on validated outcome measures in this field in order to better inform practice.’

Cohen, A., & Eastman, N. (2000). *Needs assessment for mentally disordered offenders: Measurement of ‘ability to benefit’ and outcome*. *The Journal Of Mental Science*, 177, 493-498.

‘The Department of Health defines needs as “the ability to benefit from healthcare interventions”. Outcome measurement is an integral component of needs assessment because it underpins “ability to benefit”. To propose a framework for addressing the measurement of outcome in relation to mentally disordered offenders (MDOs). Based on a literature search, the paper reviews the definition and measurement of outcome in general mental health care and specifically in relation to MDOs. It analyses the problems of conducting outcome research in relation to MDOs. A framework for outcome measurement in relation to MDOs is presented. Outcome is placed within a broader framework that relates to service evaluation. Current measurement of outcome in relation to MDOs is inadequate. A comprehensive framework that acknowledges the multi-dimensional nature of outcome is essential.’

Plaisier, J., & Ditzhuijzen, J. van. (2008). *Risicotaxatie bij verlov van gedetineerden. Een (inter)nationale vergelijking van instrumenten en procedures*. Amsterdam: Impact R&D.

‘Onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat de gestructureerde risicotaxatie-instrumenten (zowel actuariële als gestructureerde professionele oordelen) beter crimineel gedrag kunnen voorspellen dan het ongestructureerde oordeel van professionals (Monahan, 1984, in Lodewijks, 2008; Bonta, 2007; Campbell et al., 2007). Tevens blijkt uit onderzoek naar onder andere de LSI-R, LS/CMI, PCL-R en VRAG (Campbell et al., 2007) dat de diverse onderzochte gestructureerde risicotaxatie-instrumenten weinig van elkaar verschillen in voorspellende validiteit. Dit geldt voor zowel de inschatting van algemene recidive als voor de inschatting van geweldsrecidive van volwassen delinquenten, binnen reguliere gevangenissen en inrichtingen voor delinquenten met psychische stoornissen (Gendreau et al., 1996, 1997, 2002; Campbell et al., 2007; Walters. 2006). Hildebrand et al. (2006) onderzochten de predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R bij Nederlandse tbs-gestelden en vond dat ook de predictieve waarden van deze instrumenten weinig van elkaar verschilden.’

‘Het tot nu toe gepubliceerde onderzoek is niet eenduidig over de vraag of actuariële instrumenten of gestructureerde professionele oordelen beter voorspellen (Lodewijks, 2008; De Vogel & De Ruiter, 2004; Lodewijks, Doreleijers & De Ruiter, 2008; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004; Meehl, 1998, in: Hart, Michie & Cooke, 2007).’

In het rapport is een overzicht opgenomen (p. 84) waarin onder andere de volgende risicotaxatie-instrumenten worden vergeleken op verschillende variabelen zoals meetprentie, validiteit en randvoorwaarden: Recidive Inschattings Schalen (RISC), Quick Scan (QS), Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) en de Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30).

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.

Voor licht verstandelijk gehandicapten is een aanpassing gemaakt van de DSM-IV-TR, de DM-ID (Diagnostic Manual-Intellectual Disability).

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.

Uit de onderzoeksliteratuur blijkt dat er empirische steun is voor:

- Het gebruik van gespecialiseerde screening en beoordeling voor CODs,
- Interventies met meerdere fasen om verschillende soorten beperkingen en functioneren aan te pakken,
- Farmacologische interventies,
- Interventies gericht op motivatie,
- Een scala aan cognitieve gedragstherapieën,
- Het gebruik van TCs, ACTs, en CITs,
- En verschillende diensten voor het vinden van werk en woning.

Deze maatregelen hangen samen met de stabilisatie van psychische problematiek, vermindering van verslaving problematiek, en vermindering van recidive. 437

Felson, R. B., Silver, E., & Remster, B. (2012). *Mental Disorder and Offending in Prison*. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 125-143.

‘This research uses specific diagnoses and symptoms of mental disorder (MDO) to predict whether inmates offend in prison. Social psychological theories of aggression are used to make predictions about what types of MDO affect whether inmates commit violent and nonviolent infractions. The analysis was based on a survey of a nationally representative sample of more than 16,000 inmates from state and federal facilities. The evidence suggests that psychosis and major depression have strong effects on infractions involving aggression, whereas the effects of anxiety disorders are weaker and inconsistent. Psychosis and depression are also associated with nonaggressive offenses, suggesting that they have disinhibitory effects on misconduct generally. Analyses of the effects of symptoms suggest that paranoid thinking is the best predictor of offending, particularly, offending that involves aggression. In general, the evidence suggests that both cognitive and emotional aspects of MDO lead to prison offenses.’

Vandevelde, S., Soyez, V., Beken, T. vander., 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.

Dit literatuuronderzoek heeft gekeken naar:

- De ontwikkeling en implementatie van screening, assessment en diagnostiek (instrumenten en procedures) om psychische problemen in gevangenis te kunnen opsporen,
- De ontwikkeling van een duidelijk omschreven procedure voor psychiatrische expertise.

Het onderzoek moet resulteren in de beantwoording van de volgende vragen: 1. kan de persoon door zijn psychische stoornis minder goed zijn eigen gedrag inschatten en controleren? 2. Is er een verband tussen de psychische stoornis en het crimineel gedrag? 3. Is de kans op recidive groter door de aanwezigheid van de psychische stoornis? 4. Is het mogelijk de persoon te behandelen, ondersteunen en zorg te bieden in voorbereiding op de terugkeer in de maatschappij?

De onderzoekers benoemen de volgende belangrijke aspecten:

- Screening: Eén op de zeven gedetineerden in westerse landen heeft een psychotische stoornis of een zware depressie. Antisociale persoonlijkheidsstoornissen komen nog meer voor onder gedetineerden: 50% onder de mannelijke gedetineerden en 20% onder de vrouwelijke gedetineerden (Fazel & Denesh, 2002). Ook is er in grote mate sprake van drugs- en alcohol gebruik en afhankelijkheid (Fazel, Bains & Doll, 2006) en co-morbiditeit (Eden, Peters & Hills, 1997; Encrenaz & Messiah, 2006; Timmerman & Emmelkamp, 2001; Von Schönfeld et al., 2006). De cijfers over de prevalentie van intellectuele/cognitieve stoornissen zijn uiteenlopend van 0.5% tot 20% (Vanden Hende, Caris & De Block-Bury, 2005; Vandevelde, Broekaert, Schuyten & Van Hove, 2005; Fazel, Xenitidis & Powell, 2008). Internationaal gezien is er (nog) geen standaard procedure voor assessment (Shaw, Tomenson, & Creed, 2003; Timmerman & Emmelkamp, 2001), dit maakt het moeilijk om gegevens te kunnen vergelijken en interpreteren. Daarnaast zijn er veel studies die belangrijke variabelen zoals leeftijd, ethische achtergrond, sociaal-economische status en co-morbiditeit. Daarom wordt door sommige onderzoekers geadviseerd een bestaande gestructureerde gestandaardiseerde interviews af te nemen om verkeerde of fout negatieve diagnoses te voorkomen (Rogers, Jackson, Salekin, & Neuman, 2003). Klinische assessment in vergelijking met de afname van de SCID lijken niet nauwkeurig genoeg om diagnoses op het gebied van psychische stoornissen te kunnen vaststellen, zeker niet wanneer er sprake is van co-morbiditeit (Heilig, Forslund, Åsberg & Rydberg, 2002; Zimmerman & Mattia, 1999).
- Psychiatrische expertise: problemen die gerelateerd zijn aan psychiatrische expertise zijn: een tekort aan getrainde forensische psychiatrische experts; een moeizame relatie tussen ethische aspecten van psychiatrische expertise en strafrechtelijke sancties; de organisatorische moeilijkheden betreffende psychiatrische observatie in een forensische omgeving en de problemen op het gebied van risico-taxatie (Dressing & Salize, 2006; Gaughwin, 2004; Heimans, 2007; Moore, 2004; Pham, Ducro, Marghem, & Réveillère, 2005; van Marle & Van der Kroft, 2007).

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.

Dit recente Amerikaanse artikel beschrijft een onderzoek naar assessment van dubbele diagnose bij een grote sample gedetineerden (n=3197). Afgenomen zijn de Personality Assessment Inventory en de Mental Health Screening Form-III. Naar voren is gekomen dat gedetineerden met een drugs- en alcoholproblemen meer kans hebben op psychische problemen en meer risico vertonen op het gebied van zelfmoord en agressie. Daarnaast wordt het advies gegeven om de assessment van gedetineerden met een dubbel diagnose zo breed mogelijk te evalueren op het gebied van risicogedrag. De professionals moeten naast de algemene screeningmethodes, ook kijken naar andere factoren zoals verslaving en geweldsdelicten in het verleden. Tevens worden hogere cutoff scores geadviseerd om gedetineerden die zorg nodig hebben op te kunnen sporen.

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.

Australië.

Dit onderzoek toont aan dat de LSI-R:SV een nuttig hulpmiddel is om zowel niet-gewelddadig als gewelddadig recidive te voorspellen bij daders met psychische stoornissen. Naast het voorspellen van recidive kan het ook gebruikt worden om de risicofactoren te identificeren die aangepakt moeten worden om daders met psychische problematiek te rehabiliteren. Dit onderzoek toont verder aan dat de LSI-R:SV zowel gewelddadig als niet-gewelddadig recidive kan helpen voorspellen bij daders met psychische problematiek die géén drugs of alcohol misbruiken. De LSI-R:SV blijkt echter geen goede voorspeller te zijn van recidive wanneer er naast psychische problematiek ook sprake is van ernstige alcohol en/of drugsmisbruik. 15-16

Drugsmisbruikers recidiveren significant vaker dan personen die geen drugs misbruiken, en ze scoorden ook significant hoger op de LSI-R:SV. Dit 'significante' verschil was echter heel klein, waardoor ze allebei in de zelfde risicocategorie werden geplaatst. Dit suggereert dat er andere factoren spelen die niet gemeten worden door de LSI-R:SV. Het is mogelijk dat de volledige versie van de LSI-R recidive in deze groep beter voorspelt. 17

Recidive kan significant verminderd worden door drugsverslaafde daders met psychische problematiek te behandelen voor hun verslaving. Verslaving is echter niet de enige factor die verschilt tussen daders met co-morbide problematiek en daders met enkel psychische problematiek. Verslaafden hebben namelijk ook vaker een verleden van sociaal gedrag, sociale opvattingen, en sociale vrienden. De LSI-R:SV meet ook deze risicofactoren, maar is toch niet in staat om te voorspellen wie van de verslaafde daders met psychische problematiek zal recidiveren. 18

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.

De screening en behandelmethodes voor personen met SMI in de gevangenis zijn geëvalueerd in het laatste rapport van de Criminal Justice/Mental Health Consensus Project (Council of State Governments Justice Center 2002). Vanuit deze evaluatie worden enkele aanbevelingen gedaan

- Screen alle gevangenen voor mental illness met behulp van een gestandaardiseerd meetinstrument en een getrainde onderzoeker,
- Positieve diagnoses moeten leiden tot een doorverwijzing naar een geestelijke gezondheidszorg professional of een uitgebreidere evaluatie,
- Screening protocollen moeten ook het risico op suïcide vaststellen,
- De uitwisseling van informatie tussen de gevangenis en de zorginstellingen moet bevorderd worden,
- De gevangenis/huis van bewaring moet zelf in-house crisis interventie en stabilisatie mogelijkheden hebben,
- Personen moeten geholpen worden met het innemen van anti-psychotica (dat ze het blijven innemen),
- Wanneer een persoon opgenomen wordt moet direct een plan gemaakt worden voor de vrijlating.

441

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.

De risico factoren die misdaad voorspellen onder personen met PSMI zijn dezelfde risico factoren die misdaad voorspellen onder personen zonder psychische problematiek. (Bonta, Law, & Hanson, 1998; Skeem, Eno Louden, Manchak, Vidal, & Haddad, 2008). 72

Een noodzakelijke eerste stap in de behandeling van elke ziekte is het vaststellen van de aard en Ernst, en daar is een diagnose instrument voor nodig die gestandaardiseerd is en goede psychometrische eigenschappen heeft. Enkele van deze instrumenten (zoals MHI-5, DSM-IV) zijn uitvoerig getest en moeten consequent toegepast worden in het screenen van angst en pijn, symptomen, en functionele beperkingen in justitiële populaties (Rumpf, Mayer, Hapke, & John, 2001; Ventura, Liberman, Green, Shaner, & Mintz, 1998).

Gespecialiseerde screening instrumenten (zoals de Brief Jail Mental Health Screen) zijn opgesteld of aangepast voor personen in penitentiaire instellingen, en moeten gebruikt worden bij de intake door goed opgeleide professionals in huizen van bewaring, gevangenen en de reclassering. (Steadman, Scott, Osher, Agnese, & Robbins, 2005). Kortom, de resultaten van screening vormen de basis voor de verdere evaluatie van psychische problematiek en de daaropvolgende doorstroming en case management strategieën. 76/77

Soyez, V., De Wilde, J., Vandeveldde, S., Beken, T. vander., 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.

‘Er kon een vrij goede sensitiviteit aangetoond worden voor zowel SSI-SA als BJMHS. De specificiteit van beide instrumenten is echter matig. Aanvullend onderzoek bij een grotere steekproef die uitsluitend bestaat uit nieuw-aangemelde gedetineerden en geïnterneerden is noodzakelijk.’ 41

‘De sensitiviteit en specificiteit van het screeningsinstrument voor drugs- en alcoholgebruik (de SSI-SA) kan als redelijk beschouwd worden, mits het instrument kort na instroom in de penitentiaire setting afgenomen kan worden. Wanneer de SSI-SA te laat ingezet wordt ontstaat een groot aantal fout-negatieven, waardoor de sensitiviteit van het instrument verloren gaat. Dit blijkt ook uit de gevonden AUC waarde (0,62), een maat voor predictieve validiteit. Voor individuele diagnostiek wordt een waarde van > 0,70 aangeraden (Brand, 2005, in Brand & Nijman, 2007), en bij de SSI-SA zitten we daar dus nog ruim onder.’ 51

‘Terwijl de sensitiviteit van het screeningsinstrument voor psychische stoornissen (BJMHS) als goed kan worden beschouwd, is er duidelijk sprake van een beperkte specificiteit door een relatief groot aantal fout-positieven. Dit wordt bevestigd wanneer de positief voorspellende waarde van het instrument berekend wordt ($a/(a+b)$): deze bedraagt slechts 35,29% en de negatief voorspellende waarde is 81,08%. De AUC-waarde van de BJMHS is iets beter dan die van de SSI-SA (0,68), maar valt ook nog onder de beoogde 0,70. Het grote aantal fout-positieve doorverwijzingen kan ook hier deels genuanceerd worden door het tijdstip waarop de BJMHS werd afgenomen. Meer dan 80% van de ondervraagde populatie verbleef reeds langer dan een week in de gevangenis. Een aantal symptomen kan geïnduceerd zijn door het feit dat mensen in de gevangenis zitten. Zo kreeg een aantal personen voor het eerst medicatie voor emotionele of psychische problemen in de gevangenis (een item dat rechtstreeks tot een doorverwijzing voor verdere assessment leidt).’ 52

‘Gezien de context waarin de instrumenten ingezet moeten worden (hoge caseload en weinig personeel) moet vooral een maximale specificiteit nagestreefd worden (zo weinig mogelijk foutpositieven). Dit impliceert dat de cut-off-waarden voor verdere doorverwijzing mogelijk aangepast moeten worden. Met betrekking tot de SSI-SA moet overwogen worden of gebruik van het 16-iteminstrument in plaats van het kortere 4-iteminstrument hier niet meer aangewezen is.’ 53/54

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>.

Deze factsheet geeft een overzicht van de gebruikte risicotaxatie-instrumenten en risicomangement methoden die in FPC's gebruikt worden voor de diagnose, taxatie, en management van TBS patiënten in Nederland.

Broekman, T. G., de Jong, C. A. J., Riezebos, G. G. M., Rutten, R., & Schippers, G. M. (2006). *Pilotstudie Verdiepingsdiagnostiek van verslaving bij justitiabelen*. Verkregen van <http://www.mateinfo.eu/pubs/>.

Dit rapport presenteert de resultaten van een project met als opdracht een instrument te ontwikkelen en uit te proberen om, in aansluiting op de RISC, verdiepingsdiagnostiek te doen van verslaving bij justitiabelen in het kader van reclassering en interventies ter vermindering recidive.

Instrument: MATE-CRIMI.

Conclusies:

- De MATE-CRIMI is een instrument dat goed blijkt toe te passen in de praktijk van de reclassering. De medewerking van de justitiabelen is goed, het leidt bij vrijwel iedereen tot volledige gegevens, met c.a. 80 minuten is de afnameduur vergelijkenderwijs kort, het begrip van de vragen is goed. Ook de reclasseringswerkers kunnen met het instrument goed uit de voeten. Ofschoon het instrument op punten aanpassing vraagt is het over het geheel genomen zonder problemen in de praktijk geadopteerd.
- De MATE-CRIMI verschaft informatie die door de betrokken afnemers kan worden geïnterpreteerd en in dienst kan worden gesteld voor de keuze van en toeleiding naar interventies voor verslaving die zijn geënt op expertise met hetzelfde instrument toegepast in de niet-justitiële verslavingszorg. In vrijwel alle afgenomen gevallen beantwoordde de verdiepingsdiagnostiek met de MATE-CRIMI aan de vraag van de reclassering en was het mogelijk zorg te adviseren op basis van de gegevens.
- De routines en procedures voor reclasseringswerkzaamheden in de verschillende instellingen zijn sterk verschillend, afhankelijk van het soort instelling, de fase van het juridisch proces en de lokale gewoonten. We zijn er echter wel in geslaagd een model procedure te ontwerpen die geschikt is voor de toepassing van de MATE-CRIMI in meerdere instellingen en die de selectie voor en toeleiding naar interventies gericht op verslaving kan bevorderen. Op grond hiervan komt de MATE-CRIMI in aanmerking om nader te worden gevalideerd.

28

Wits, E. G., Kaal, H. L., & van Ooyen-Houben, M. M. J. (2011). *Zorg voor justitiabelen met triple-problematiek*. *Verslaving*, 2, 19-29.

'LVB-problematiek heeft belangrijke implicaties voor de te volgen behandelstrategie (zie o.a. Lutjenhuis & Verberne, in voorbereiding). Bij justitiabelen wordt echter zelden een intelligentietest afgenomen. Behalve afname van een IQ-test dient men daarvoor beperkingen van het aanpassingsgedrag vast te stellen, maar in detentie is dit moeilijk. Er zijn dan ook geen Nederlandse praktijken of studies bekend waarin dit succesvol is gedaan (Kaal, 2010).' 23

Vandevelde, S., Soyez, V., Beken, T. vander., 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.

Internationale richtlijnen betreffende psychiatrische expertise in een forensische setting wijzen naar de structured clinical assessment met behulp van gestandaardiseerde instrumenten (zoals de HCR-20/PCL-R) voor de diagnostisering van psychische problematiek. Werknemers moeten getraind zijn om deze instrumenten toe te passen en te interpreteren. Volgens Nilsson, Munthe, Gustavson, Forsman, en Anckarsäter (2009) moet ook het strafrechtelijke dossier van de personen onderzocht worden om het recidive risico vast te stellen. Hier is geen speciale training voor nodig. Wel geven Nilsson et al. (2009, p. 406) aan dat er geen duidelijke richtlijnen zijn voor het vaststellen van recidive risico waardoor er een breed scala aan methoden wordt toegepast. 74

Enkele problemen in de psychiatrische expertise betreffende diagnose en recidive voorspellingen: gebrek aan goed opgeleide forensisch-psychiatrische experts; de moeilijke relatie tussen de ethische aspecten van psychiatrische behandeling en de strafrechtelijke regels en procedures, de huidige 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 risk assessment (cf. Dressing & Salize, 2006; Gaughwin, 2004; Heimans, 2007; Moore, 2004; Pham, Ducro, Marghem, & Réveillère, 2005; van Marle & Van der Kroft, 2007). 74

Vandevelde, S., Soyez, V., Beken, T. vander., 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.

Internationale richtlijnen betreffende psychiatrische expertise in een forensische setting wijzen naar de structured clinical assessment met behulp van gestandaardiseerde instrumenten (zoals de HCR-20/PCL-R) voor de diagnostisering van psychische problematiek. Werknemers moeten getraind zijn om deze instrumenten toe te passen en te interpreteren. Volgens Nilsson, Munthe, Gustavson, Forsman, en Anckarsäter (2009) moet ook het strafrechtelijke dossier van de personen onderzocht worden om het recidive risico vast te stellen. Hier is geen speciale training voor nodig. Wel geven Nilsson et al. (2009, p. 406) aan dat er geen duidelijke richtlijnen zijn voor het vaststellen van recidive risico waardoor er een breed scala aan methoden wordt toegepast. 74

Enkele problemen in de psychiatrische expertise betreffende diagnose en recidive voorspellingen: gebrek aan goed opgeleide forensisch-psychiatrische experts; de moeilijke relatie tussen de ethische aspecten van psychiatrische behandeling en de strafrechtelijke regels en procedures, de huidige 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 risk assessment (cf. Dressing & Salize, 2006; Gaughwin, 2004; Heimans, 2007; Moore, 2004; Pham, Ducro, Marghem, & Réveillère, 2005; van Marle & Van der Kroft, 2007). 74

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.

Niet specifiek voor patiënten in forensische settings. De richtlijnen dienen als hulpmiddel voor psychiaters. Gaat vooral in op de wetBOPZ en is beschreven voor dwang- opname en dwangbehandeling bij patiënten in de algemene en volwassenenpsychiatrie. Wel wordt het volgende beschreven:

‘Wel kunnen risicotaxatie-instrumenten uit de forensische psychiatrie gebruikt worden, zoals de hcr-20 (Webster e.a., 1997) of de hkt-30 (Canton e.a., 2004). Met deze instrumenten worden historische en klinische gegevens als potentiële risicofactoren in kaart gebracht en kan op basis hiervan een inschatting worden gemaakt voor de kans op een (recidief) geweldsincident. Vooral historische en klinische factoren (bijvoorbeeld bijkomende verslaving of een antisociale persoonlijkheidsstoornis) blijken geassocieerd met (recidief-) geweld (McNiel e.a., 2003). Het is zeer de vraag of deze instrumenten bruikbaar zijn in het kader van de Wet BOPZ. Dit komt onder andere doordat risicotaxatie-instrumenten uit de forensische psychiatrie het gevaar op de langere termijn voorspellen, terwijl Wet BOPZ-beslissingen meer betrekking hebben op de korte of de middellange termijn. Momenteel zijn er nog geen onderzoeksresultaten die hierover uitsluitsel geven (McNiel e.a., 2003.’

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.

Dit artikel bespreekt zowel recidivemetingen als andere uitkomstmaten:

- Slechts 9 instrumenten werden in 5 of meer onderzoeken gebruikt om resultaten te meten,
- Geen van deze 'veel gebruikte' instrumenten wordt ook in FMH (Forensic Mental Health) gebruikt,
- Sommige van deze instrumenten zijn niet valide, of onvoldoende onderzocht om conclusies uit te trekken,
- Er ligt een grote nadruk op recidive onderzoek in FMH, terwijl slechts 17% van dit onderzoek ook een officieel instrument gebruikt om het te meten,
- Er is te veel onenigheid over de definitie van 'recidive' voor vergelijkingen.

Conclusie: er is te veel onenigheid over de definitie en meting van recidive om deze goed te kunnen meten, en er is te weinig wetenschappelijke onderbouwing en standaardisatie van andere uitkomst maten om deze toe te passen op beleidsonderzoek.

'Aims To identify, from published literature, outcome measures used in FMH research and, where feasible, assess their quality.' 9

'Only nine different instruments appeared in five or more studies:

- Addiction Severity Index (ASI; McLellan, 1992), 15 studies;
- Symptom Checklist-90- Revised and precursor measures (SCL-90-R; Derogatis, 1977), 15 studies;
- Self-Reported Delinquency Scale (SRDS; Elliott and Ageton, 1980), 11 studies;
- Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961), seven studies;
- Conflict Tactics Scale (CTS; Straus 1979), seven studies
- Revised Behavior Problem Checklist (RBPC; Quay, 1977), six studies;
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall and Gorham, 1962), five studies;
- Child Behavior Checklist (CBC; Achenbach and Edelbrock, 1983), five studies;
- Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales (FACES; Olsen et al., 1979), five studies.' 14

'It was notable that none of the more common instruments currently used in FMH services [e.g. Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20); Webster et al., 1997] appeared in the earlier list.' 14

'The BDI has displayed good concurrent validity within forensic samples. Other instruments for which similarly good evidence was found included ASI (Rikoon and Cacciola 2006), BPRS (Lachar et al., 2001), Child Behavior Checklist (CBCL) (Dutra et al., 2004) and SRDS (Huizinga and Elliott, 1986).' 15

'An example of an instrument for which variable evidence was found was the SCL-90-R. Other instruments for which variable evidence was found included CTS (Archer, 1999) and the RBPC (Hinshaw et al., 1987).' 15

'Finally, no evidence could be found for the measurement properties of the FACES within any population.' 15

'It has been argued that there has been excessive focus in FMH on outcomes in terms of recidivism so that domains such as clinical outcomes (psychopathology as well as broader aspects of health), rehabilitation and functional capacity, and humanitarian considerations are overshadowed (Cohen and Eastman, 2000).' 16

'The current review provides clear evidence that this relative emphasis upon recidivism is still strong in outcome measurement in FMH research. We found the substantial range of variables used to assess recidivism made up 40% of the measures used. Only 17% of the recidivism measures, however, used a formal instrument.' 16

'The vast array of recidivism outcome measures displayed in this review illustrates the problems with comparison of results between different studies. Clearly, the term recidivism is still poorly defined, ranging from offending behaviour, through the legal process to parole violations. Falshaw et al. (2003) provided a practical example of the problems for comparison of different measures of recidivism. They found that the rate of recidivism in sexual offenders increased by a factor of 5.3 when measured by any offence-related behaviour in treatment programme files compared to measuring re-conviction using the Home Office Offenders Index database.' 16

'Our study has highlighted the substantial number and range of outcome measures that have been used in FMH research. A move towards standardisation and work to establish the psychometric properties of measures for use in such research is urgently needed. It would enable better comparison of evaluative research to build a solid evidence base in a growing area of mental healthcare and one that is of critical policy relevance.' 17

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.

‘Naast het geven van betere voorspellingen is een ander belangrijk voordeel van risicotaxatie-instrumenten dat zij laten zien hoe een beoordeling van het recidivegevaar is opgebouwd. Zowel voor een behandel team, voor de rechter die voorgelicht moet worden als voor de patiënt zelf wordt inzichtelijk wat voor deze patiënt de risico verhogende en de beschermende factoren zijn. Bovendien wordt door herhaalde meting zichtbaar of, en zo ja op welke gebieden, de patiënt vooruitgang heeft geboekt. Volgens De Ruiters bieden risicotaxatie instrumenten de patiënt bovendien bescherming tegen willekeur, negatieve tegenoverdracht en blinde vlekken bij de diagnosticus. Verder stelt zij dat er, dankzij risicotaxatie-instrumenten, meer uniformiteit in de beoordelingen komt: alle patiënten worden langs eenzelfde meetlat gelegd en zijn in mindere mate afhankelijk van de beoordelaar. Bovendien spreken zij meer ‘een gemeenschappelijke taal’. Dit alles wordt vooral bereikt bij toepassing van de zogenaamde consensusmethode.’ 236

‘Op item-niveau blijkt dat vooral items met betrekking tot het al dan niet schenden van voorwaarden en eventuele onttrekking aan toezicht in staat zijn toekomstig delictgedrag te voorspellen. Veel items van de HCR-20 en HKT-30 hebben geen of nauwelijks voorspellende waarde.’ 25

‘De resultaten van de instrumenten SVR-20 en STATIC-99 waren ronduit teleurstellend.’ 26

‘Deze instrumenten voor seksuele delinquenten bleken nauwelijks in staat seksuele recidive te voorspellen.’ 27

‘Uiteraard zijn deze retrospectieve studies, waarin de onderzoekers zich moesten baseren op dossierinformatie van enkele jaren geleden, niet gelijk te stellen aan de behandelpraktijk waarin men de patiënt door en door kent en eventueel aanvullend informatie kan verzamelen. Toch wordt duidelijk dat de verwachtingen ten aanzien van de huidige instrumenten niet al te hoog gespannen mogen zijn.’ 238

Nys, J. (2006). *Penitentiair persoonlijkheidsonderzoek: Monnikenwerk!* Tijdschrift Klinische Psychologie. 36(4), 229-237.

‘De psycholoog moet de persoonlijkheid van de gedetineerde onderzoeken om het risico op toekomstig delictgedrag te kunnen beschrijven. Van een gestandaardiseerde aanpak is geen sprake. Grof gesteld staat een klinische benadering tegenover een forensische werkwijze. De eerste vertrekt vanuit een klassiek ziektemodel. Collaterale informatie is bovendien ondergeschikt aan het klinisch oordeel. In een forensisch onderzoeksmodel daarentegen, is de collaterale informatie het vertrekpunt en worden specifieke testen gehanteerd. Nu pleit heel wat empirische evidentie in het voordeel van deze tweede benadering.’ 229

Richtlijnen voor een gestandaardiseerd penitentiair persoonlijkheidsonderzoek

1. Om het diagnosticeren een professioneel karakter te geven, beantwoordt het diagnostisch proces best aan de stappen van de empirische cyclus (de Ruiters & Hildebrand, 2006; De Bruyn, Claes & Bijttebier, 2006).
2. Dit diagnostisch model houdt in dat hypothesen over gedrag, cognities, emoties, motivaties getoetst worden aan de hand van een ‘gefaseerd’ diagnostisch proces (Vertommen, Ter Laak & Bijttebier, 2002).
3. Het dossier moet voldoende uitgebreid en zo informatief mogelijk zijn. Hetero-anamnestiche informatie (onder meer ‘moraliteitsonderzoek’) zou niet mogen ontbreken.
4. Men maakt best gebruik van verschillende bronnen en methoden om de hypothesen te onderzoeken. Observatiegegevens (ook afkomstig van penitentiair beambten op sectie, werkplaats en bezoek), interview, dossier en testpsychologisch onderzoek zijn de meest aangewezen methoden.
5. Starten met een psychopathiebepaling via de PCL-R (zie Hart, 1998) is aan te bevelen. Een vroege inschatting is vooral belangrijk omdat het de mogelijkheden en de beperkingen van de werkrelatie bepaalt.
6. De prognose wordt best op een gestandaardiseerde klinische manier uitgewerkt. Een gestandaardiseerde klinische predictie levert meer betrouwbare en valide uitspraken op dan prognoses die enkel gebaseerd zijn op de klinische intuïtie.
7. Het onderzoek dient binnen een redelijke termijn te worden afgewerkt.
8. Niet ieder geval vereist een even grondige aanpak.
9. Idealiter wordt op geregelde tijdstippen het risicotaxatie-onderzoek herhaald.
10. Door de sterke nadruk op de collaterale informatie moet de diagnosticus voldoende aandacht blijven hebben voor de noden en wensen van de onderzochte. Het mag geenszins de bedoeling zijn een onderzochte louter te herleiden tot een “onderzoeksobject”.’

233-234

Knelpunten: theorie en praktijk

‘Het statuut van een gevangenispsycholoog kan als voornaamste knelpunt worden beschouwd omdat hij onder een dubbele hiërarchie functioneert. De gevangenisdirectie zit niet alleen het personeelscollege voor, maar is ook verantwoordelijk voor het penitentiair klimaat en voor de overbevolking die omlaag moet, bijvoorbeeld uit politieke en syndicale overwegingen. Die multiple rollen en dubbele agenda kunnen de onafhankelijkheid en integriteit van een gevangenispsycholoog danig beïnvloeden.’ 234

‘In het verlengde daarvan komt ook de autonomie van de psycholoog in het gedrang omdat de gevangenisdirectie, die doorgaans geen clinici zijn, een subjectieve onderzoeksmethodologie verkiest. Dat een uitgebreide dossierstudie een wezenlijk onderdeel is van een diagnostisch proces wordt op onbegrip en soms op verontwaardiging onthaald; een psychologisch onderzoek wordt herleid tot “testonderzoek”.’ 234

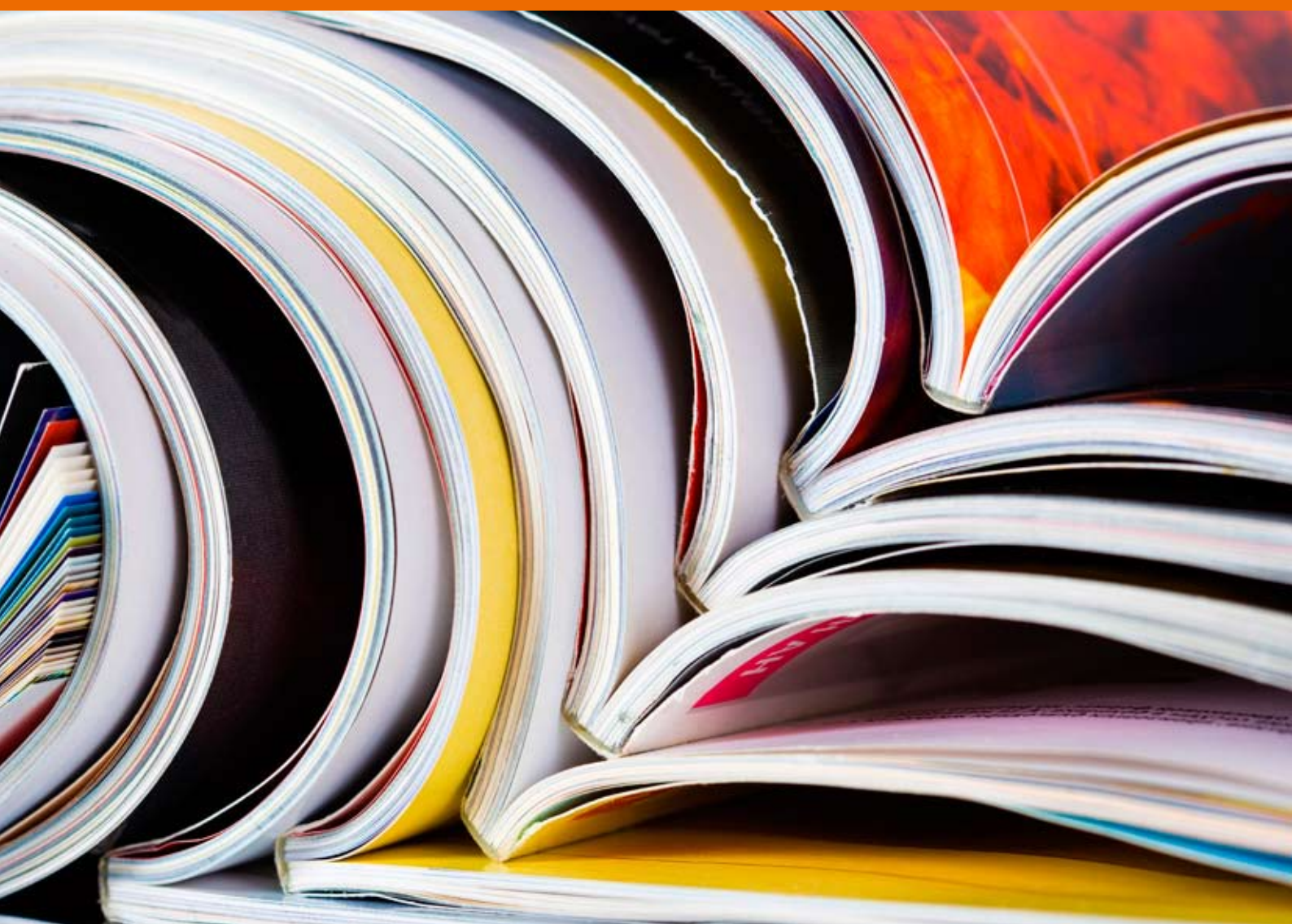
‘Een ander knelpunt is het beperkte personeelskader. In alle gevangenissen is er een asymmetrische verdeling: te veel dossiers over te weinig personeel, waardoor een redelijke termijn overschreden wordt alvorens een onderzoek is afgerond. Ten slotte bemoeilijkt een gebrek aan richtlijnen op meerdere niveaus de samenstelling van een uitgebreid dossier. Hoewel de wet op de jeugdbescherming consultatie van jeugddossiers verbiedt, laten sommige magistraten dit toch toe. Daarnaast kunnen in een aantal gevangenissen kopieën genomen worden uit een gerechtelijk dossier, terwijl dat in andere niet kan.’ 235

Joke, H., & Minke, B. (2010).
*Objectiviteit of schijnzekerheid?:
Kwaliteit, mogelijkheden en
beperkingen van instrumenten voor
risicotaxatie*. Tijdschrift voor
Criminologie, 52(1), 52-57.

“De methode van het gestructureerd klinisch oordeel is van grote waarde voor het voorspellen van het risico van toekomstig (seksueel) geweld in de Nederlandse forensische klinische praktijk”, aldus de conclusie uit het proefschrift van De Vogel (2005). Uit haar studies, waarin ze gegevens van patiënten uit de Van der Hoevenkliniek (Utrecht) gebruikt, blijkt dat de HCR-20 het risico van toekomstig geweld significant beter voorspelt dan de ongestructureerde klinische inschatting. In de studie van De Vogel e.a. (2004) liggen de AUC-waarden voor gewelddadige recidive voor zowel de subschalen voor de totaalscore als voor het gestructureerde klinische oordeel rond de .80. Het ongestructureerde klinische oordeel heeft een aanzienlijk lagere AUC-waarde, namelijk .68. Ook andere studies tonen aan dat risicotaxatie-instrumenten een nauwkeuriger voorspelling geven van het recidiverisico dan het ongestructureerde klinische oordeel (zie Lodewijks e.a., 2008b).’ 65

‘Uit dit onderzoek naar de HCR-20 en de HKT-30 blijkt dat vooral items met betrekking tot het al dan niet schenden van voorwaarden en eventuele onttrekking aan toezicht in het verleden in staat zijn toekomstig delict gedrag te voorspellen. Veel items hebben geen of nauwelijks voorspellende waarde.’ 67

‘Op groepsniveau kunnen de instrumenten een goede indicatie geven van de kans op recidive. Maar bij beoordelingen op individueel niveau, zoals in de advisering aan de rechter of in de besluitvorming over het eventueel verlenen van verlof, ligt dit veelal gecompliceerder. Een extreem hoge score op een redelijk betrouwbaar en valide instrument maakt de kans op recidive aannemelijk. In de praktijk zijn de resultaten echter niet altijd zo uitgesproken. Zowel met als zonder instrumenten voor risicotaxatie is het voorspellen van recidive gecompliceerd en in beperkte mate mogelijk. Het gebruik van scoringslijsten en meetinstrumenten, soms met getallen als uitkomst, kan ten onrechte de indruk wekken van objectiviteit en zekerheid.’ 68



Motiveren

Groen, H., Drost, M., & Nijman, H. L. I. (2011). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

Widdershoven, G., & Abma, T. Dwang, drang en motivatie in de forensische psychiatrie. Hoofdstuk 6. Forensische psychiatrie gaat gepaard met dwang. Dat begint al met het vonnis van de rechter. Die maatregel wordt door de betrokkenen doorgaans niet met instemming begroet. De behandeling die volgt, wordt beïnvloed door de juridische achtergrond. Waar patiënten in de somatische zorg meestal zelf behandeling zoeken, en ook in de geestelijke gezondheidszorg vaak instemmen met het behandel aanbod, staat de forensisch psychiatrische behandeling met name in het teken van dwang.

Hummelen, J. W. (2011). *Over grenzen en open vensters*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de forensische psychiatrie aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Rijksuniversiteit Groningen.

‘Bij forensisch psychiatrische patiënten is vrijwel altijd sprake van drang of dwang. Drang kan bestaan uit het voorleggen van de “keus” tussen detentie of behandeling. Een voorbeeld van dwang is de tbs- maatregel. Een ieder die in de forensisch psychiatrische zorg werkt, wordt voortdurend geconfronteerd met de weerstand die patiënten tegen behandeling hebben. Onderzoek laat zien dat behandelingen waarvoor patiënten niet zelf kiezen minder effectief zijn en dat de effecten korter aanhouden dan wanneer er wel zelf voor behandeling wordt gekozen (Deci & Ryan, 2000; Parhar et al., 2008; Drieschner & Verschuur, 2010). Het trachten de patiënt te motiveren maakt dan ook onderdeel uit van bijna elke behandeling.’

Plaisier, J., & Ditzhuijzen, J. van (2009). *Stimuleren en ontmoedigen van gedetineerden*. Amsterdam: Impact R&D.

‘De richtlijn moet bijdragen aan het vergroten van de interne veiligheid. Door het stimuleren van wenselijk gedrag zouden zich minder incidenten binnen de Penitentiaire Inrichtingen (PI’s) moeten voordoen. Daarnaast zou de beoordeling van gedrag van gedetineerden en registratie ervan personeel moeten ondersteunen bij het nemen van beslissingen over persoonsgebonden verlof en het geven van adviezen over voorwaardelijke invrijheidstelling, waarbij de veiligheid van de samenleving voorop staat. Het doel van de richtlijn is het stimuleren van wenselijk gedrag op de korte termijn en het voorkomen van detentieschade. De richtlijn is niet direct gericht op gedragsverandering op langere termijn (zoals uiteindelijk vermindering van recidive), maar is wel gericht op het motiveren van gedetineerden om mee te werken aan re-integratie. De richtlijn moet gebruikt kunnen worden voor volwassen gedetineerden zonder ernstige psychische of verslavingsproblematiek, ongeacht hun detentieduur.’

Ministerie van Justitie (2008). *Zorgprogramma’s voor gedetineerden met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

In het algemene programma wordt het belang van motiveren aangekaart onder de koppen Behandelklimaat en Beheersklimaat, maar hierover worden geen publicaties aangehaald. Wel wordt een module Motiverende Gesprekvoering beschreven.

MPerron, 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.

In dit artikel wordt gekeken naar de effectiviteit van gedwongen afkickprogramma's buiten de gevangenis om (als alternatief voor gevangenisstraf, Amerikaanse drug courts) in 3 verschillende settings:

- korte-termijn therapie en lange-termijn therapie in een behandelcentrum,
- ambulante zorg ('outpatient').

Gekeken werd naar de uitvalpercentages van de behandeling. Deze waren het laagst in de korte-termijn therapie groep en het hoogst in de ambulante zorg groep. Gedwongen behandeling leidde in alle drie de settings tot lagere uitval dan wanneer er geen sprake was van dwang.

Farabee, D., Prendergast, M., & Anglin, M. D. (1998). The effectiveness of coerced treatment for drug-abusing offenders. *Federal Probation*, 62, 3-11.

In dit artikel wordt in de inleiding een overzicht gegeven van de redenen die door voor- en tegenstanders van dwangtherapie worden genoemd. In deze review worden 11 studies naar de effectiviteit (mate van druggebruik, mate waarin therapie wordt voltooid) van gedwongen afkicken vergeleken. De resultaten zijn gemengd. De auteurs verklaren dit door verschillen tussen studies. Zo wordt 'dwang' op verschillende manieren geïnterpreteerd (o.a. therapie als alternatief voor gevangenisstraf, verplichte therapie in de gevangenis, als voorwaarde voor verlof of een advies van een reclasseringsmedewerker). Hierdoor kunnen 'vrijwilligen' en 'onvrijwilligen' niet strikt gescheiden worden. Daarnaast wordt er in de studies niet gekeken naar de interne motivatie. Er zijn aanwijzingen dat ook binnen de groep 'onvrijwilligen' er personen zijn die ook vrijwillig in therapie had willen gaan. Hun behandelbehoefte is dan gelijk aan de groep 'vrijwilligen'. Tenslotte worden programma's niet juist geïmplementeerd. Dit heeft onder andere te maken met een slechte coördinatie en afstemming tussen verschillende ketenpartners (bv. doorverwijzing naar verkeerde soort behandeling, onjuiste communicatie die handelvermogen ten aanzien van het opleggen van sancties voor afwezigheid of niet meewerken, verminderen).

Howells, K., & Day, A. (2007). *Readiness for treatment in high risk offenders with personality disorders*. *Psychology, Crime, & Law*, 13, 47-56.

Lage betrokkenheid bij en uitval van therapieën komen veel voor als het gaat om de behandeling van delinquenten met mentale stoornissen. Dit wordt door de auteurs gezien als gevolg van een lage readiness voor behandeling, m.a.w. een gebrek aan betrokkenheid en uitval komt omdat delinquenten nog niet klaar zijn voor therapie. Lage betrokkenheid blijkt uit o.a. slechte opkomst, niet doen huiswerk, niet meedoen in de bijeenkomsten of lage kwaliteit van input, lastig gedrag in de sessies. Vroegtijdig stoppen met het programma kan gezien worden als de meest extreme vorm van een gebrek aan betrokkenheid (engagement). Dit laatste is gerelateerd aan meer recidive. Betrokkenheid kan overigens niet gelijk gesteld worden aan lage motivatie. Ook factoren buiten de persoon kunnen de oorzaak van lage betrokkenheid zijn. De auteurs introduceren de term 'readiness' als oorzaak van lage betrokkenheid. Readiness houdt in dat er oorzaken binnen of buiten de persoon kunnen zijn die de betrokkenheid in therapie kunnen bevorderen. Het Multifactor Offender Readiness Model (Ward et al., 2004) beschrijft hoe readiness-voorwaarden en de interactie daartussen samenhangen met de Betrokkenheid en Uitkomst van een behandelprogramma. Delinquenten met persoonlijkheidsstoornissen hebben al een groot therapieverleden, met name niet geslaagde therapieën. Daarom is het waarschijnlijk dat zij negatieve verwachtingen hebben over de therapie. Daarnaast moet rekening worden gehouden met self-efficacy overtuigingen (ik kan het vs. ik kan het niet). Naast deze cognitieve factoren, moet ook rekening worden gehouden met affectieve factoren. Met het oog op persoonlijkheidsstoornissen moet rekening gehouden worden met het vermogen van de cliënt om toegang te krijgen tot de eigen emoties, deze te kunnen uiten, en erover te kunnen reflecteren. Ook de emoties die cliënten ervaren ten aanzien van het gepleegde delict zoals schuld en schaamte kunnen verschillen afhankelijk van de persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast wordt in het model onderscheiden: gedrags- en cognitieve factoren van readiness zoals cognitieve vaardigheden die voor de behandeling nodig zijn en motivatie en identiteitsfactoren (van 'crimineel' naar 'iemand met een persoonlijkheidsstoornis'). Psychopaten worden gezien als de groep met waarschijnlijk de laagste readiness op de interne factoren. Verwezen wordt naar Tyrer et al. (2003) die onderscheid maken tussen personen die behandelweigeraars zijn en behandelzoekers. In de eerste groep verwacht met meer Cluster A (schizoïde en paranoïde) stoornissen, in de tweede groep meer Cluster C stoornissen. In het algemeen geldt dat de gedachten van personen met persoonlijkheidsstoornissen (bv. 'ik ben specialer dan iedereen' van de narcist) en de verwachtingen van behandelaars (deze stoornissen zijn onbehandelbaar) niet helpen. Co-morbiditeit tussen As 1 en As 2 stoornissen helpt ook niet. Belangrijk is dat men begrijpt dat de lage readiness van personen met persoonlijkheidsstoornissen gezien kan worden als onderdeel of uiting van hun stoornis. Naast deze interne factoren is het ook belangrijk dat de behandeling zelf en de organisatie aangepast is aan de stoornis van de persoon. Er zijn volgens de auteurs aanwijzingen dat de omgeving waarin een therapie wordt aangeboden (bv. gevangenis of gezondheidszorginstelling) een effect kan hebben op de readiness van de cliënt. Er is nog geen meetmethode die alle facetten van het model meet en dus een grondige weging kan maken van de readiness van een persoon voor de behandeling.

Welsh, W. N., & McGrain, P. N. (2008). *Predictors of therapeutic engagement in prison-based drug treatment*. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 271-280.

In dit artikel wordt een onderzoek beschreven naar de voorspellers van 'therapeutic engagement' (TE) binnen een drug behandelprogramma van 12 maanden in een speciale gevangenisafdeling voor delinquenten van druggerelateerde delicten. TE wordt gemeten met 4 sub-schalen, te weten: Therapeutic Engagement (feedback geven aan anderen, actief meedoen); Personal Progress (zelf-evaluatie van vooruitgang m.b.t. drugprobleem); Trust Group (je veilig voelen in de groep); Program Staff (evaluatie van zorgzaamheid en behulpzaamheid van het personeel). TE werd voorspeld door de basis motivatie, door kritieke factoren van de behandelervaring zoals steun van anderen, rapport met de behandelaar). Daarnaast werden de eigenschappen van het behandelprogramma (organisatie, structuur, productiviteit) steeds belangrijker gedurende het 12 maanden durende programma. Hetzelfde gold voor 'social conformity', een indicator van crimineel denken. Delinquenten voor wie de mate van social conformity toenam over tijd, toonden meer TE. Het omgekeerde gold voor de eigenschap Vijandigheid.

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.

In dit artikel wordt een indeling gepresenteerd van persoonlijkheidsstoornissen in Type R (behandeling afwijzend) en Type S (behandeling zoekend). Cluster C persoonlijkheidsstoornissen ('angstige cluster') zijn vaker Type S terwijl Cluster A stoornissen (schizoïde en paranoïde) vaker Type R is. Deze indeling kan nuttig zijn als men overweegt behandeling aan te bieden aan individuen met een persoonlijkheidsstoornis.

Hodge, J. E., & Renwick, S. J. (2002). *Motivating mentally disordered offenders*. In McMurrin, M. (Eds.) *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy*, 221-234. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.

Dit artikel benadrukt het belang van het meewegen van het type persoonlijkheidsstoornis (en co-morbiditeit) als het gaat om het behandelmotivatie. Daarnaast wordt erop gewezen dat wanneer de behandeling geschiedt in gevangenissen, er tegenstrijdige doelen lijken te zijn tussen de therapie en het doel om de risico's te verkleinen. Om motivatie en behandelresultaat te kunnen begrijpen moeten zowel deze externe als interne factoren worden meegenomen.

Omgevingsinvloeden:

Behandeling vindt plaats in een omgeving die niet is gebouwd vanuit het therapeutisch belang (sloten op deuren, tralies voor de ramen, therapieessie in de eetzaal e.d.). Ook wordt er buiten de therapie om vaak weinig rekening gehouden met de specifieke behoeftes van de cliënt en voert het belang van veiligheid de boventoon. Vaak wordt ook medicatie ingezet waardoor de cliënt passief blijft en niet uitgedaagd wordt eigen inzet te tonen voor de behandeling (motivatie). In dit verband wordt het 'illness model of offending' genoemd (Monahan et al., 2001). Naast deze extrinsieke factoren, kunnen er ook een aantal intrinsieke factoren worden aangewezen die de motivatie beïnvloeden. Zo hebben veel cliënten verminderde intra- en interpersoonlijke vaardigheden, weinig zelfbewustzijn en zelfcontrole, en moeite met het opbouwen en handhaven van positieve relaties. Dit belemmert het therapeutische proces, maar wordt door behandelaars vaak als weerstand gezien. Daarnaast kan het zijn dat de cliënt het eigen delictgedrag niet als moreel of sociaal onjuist beschouwt beredeneerd vanuit het eigen normen- en waardensysteem. Dit alles kan nog verder belemmerd worden door de mentale stoornis van de cliënt. Daarnaast kan het zijn dat er sprake is van trauma of rouw, wat vaak verkeerd gediagnostiseerd wordt. Verder wordt aangegeven dat deelname in therapie niet altijd tot verandering leidt. Niet goed meedoen binnen de therapeutische setting hoeft niet per se te komen door gebrek aan motivatie, kan ook door de methode van therapie komen (bv. groepsessies). Aan te raden is om motivatie tot verandering niet als 1 globaal construct te zien, maar te beseffen dat cliënten meerdere problemen hebben en voor elk probleem in een ander stadium zitten en andere motivaties hebben. Los van het type stoornis, is de beste voorspeller van therapeutisch succes de kwaliteit van de therapeutische relatie. Weinig is echter bekend over hoe je dit bereikt. Er zijn aanwijzingen dat het Rogeriaanse concept van 'congruence', d.w.z. oprechte interesse tonen en geen professionele muur/façade opzetten, werkt. Als eventueel interessant wordt nog genoemd de techniek van 'validation' (Linehan, 1993).

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.

Ontwikkeling van een schaal om motivatie tot verandering en meedoen in therapie te meten bij psychiatrische delinquenten (studie uitgevoerd in U.K.). De Schaal bevat 3 subschalen: Patient Attitude Questionnaire (PAQ), Patient Perception Questionnaire (PPQ), en Patient Motivation Inventory (PMI). Elke subschaal valt uiteen in 3 factoren bij de variantie-analyse.

In deze vragenlijst wordt geprobeerd zowel intrinsieke als meer extrinsieke factoren mee te wegen, naar aanleiding van de observaties van Hodge en Renwick (2003). PAQ gaat in op de attitude t.o.v. de afdeling en het personeel; PMI meet intrinsieke motivatie tot verandering en vertrouwen dat de afdeling kan bieden wat daarvoor nodig is; PPQ meet interesse in behandeling geboden op de afdeling, aarzeling om je open te stellen en eerlijk te vertellen over de eigen problemen, en de overtuiging dat men al kan terugkeren naar de maatschappij. Studie is uitgevoerd met een steekproef van voornamelijk mannelijke delinquenten (114 man vs. 2 vrouw), waarvan ongeveer de helft blank, waarvan 74% een psychotische stoornis had, 21% co-morbide was en 5% een andere diagnose had. 52% van de daders pleegde een geweldsdelict, 18% diefstal/overval, 20% restgroep (o.a. brandstichting) en 10% zedendelict. Vragenlijst wordt afgenomen op 4 verschillende afdelingen, waarvan 3 forensisch psychiatrische ziekenhuizen betreffen van medium beveiliging, en 1 een open afdeling betreft.

Alleen voor de vragen m.b.t. 'reluctance to open up' wordt een verschil gevonden tussen etnische groepen. Dit is in lijn met eerder onderzoek. Verder worden er verschillen tussen de afdelingen gevonden. Er is geen externe validatie uitgevoerd.

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.

Dit artikel grijpt terug op een eerder artikel van Farabee, Prendergast, en Anglin (1998) waarin wordt gesteld dat het belangrijk is om naar de perceptie van gedwongen deelname in therapie (afkicken) te kijken (subjectieve maat). In Amerika worden veel verslaafde delinquenten via de zogenaamde drug courts doorverwezen naar afkickprogramma's, het afkickprogramma is dan een alternatief voor gevangenisstraf. Maar wat is het effect van de perceptie van dwang op de effectiviteit van dergelijke programma's? De steekproef is een groep (> 7.000) daders van niet-gewelddadige druggerelateerde delicten in California, U.S.A. Gemeten wordt de mate van verslaafdheid (Addiction Severity Index), mate van motivatie (SOCRATES), perceptie van dwang (Perceived Coercion Scale), gegevens over de behandeling (afgemaakt, niet afgemaakt maar voldoende vorderingen, niet afgemaakt en geen vorderingen, doorverwezen naar andere behandelaar/behandeling). SOCRATES bestaat uit 3 subschalen: Recognition (mate waarin men verslaving onderkent), Ambivalence (mate waarin men twijfelt of men wel echt verslaafd is), en Taking Steps (actief proberen te veranderen m.b.t. drugs-/alcoholverslaving). Meeste delinquenten zien de behandeling als vrijwillig, scoren laag op Recognition en Ambivalence, maar hoog op Taking Steps. Cliënten die het programma als verplicht zagen, scoorden lager op motivatie dan cliënten die het programma als vrijwillig zagen. Er is geen relatie tussen perceptie van dwang en het al dan niet voltooien van de behandeling en weer gearresteerd worden binnen 12 maanden. De 3 SOCRATES-schalen hebben geen relatie met voltooien van de behandeling. Wel is er een verband met weer gearresteerd worden: hogere mate van erkenning van probleem en hogere mate van twijfelen aan of men wel echt een verslavingsprobleem heeft, hebben een positief verband met gearresteerd worden. Zij scoorden echter ook hoger op verslavingsproblematiek. Taking Steps toonde een negatief verband (minder arrestaties).

McMurrin, M., Tyler, P., Hogue, T., Cooper, K., Dunseath, W., & McDaid, D. (1998). *Measuring motivation to change in offenders*. *Psychology, Crime & Law*, 4, 43-50.

Twee Studies kijken naar de psychometrische kwaliteiten van vragenlijsten bedoeld om de mate (van motivatie tot) verandering in therapie te meten. Steekproef bestaat uit psychopatische patiënten in forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Engeland. Tijd in het ziekenhuis was gemiddeld al ongeveer 9 jaar. Delicten bestonden uit moord, poging tot doodslag, zedendelicten, brandstichting en overig.

De vragenlijst studie onderscheidt vier stadia van verandering: precontemplatie, contemplatie, actie, en onderhoud (maintenance) (McConaughy, DiClemente, & Velicer, 1983). Verder wordt zelfwaardering en self-efficacy gemeten. Alle vragenlijsten hebben een hoge test-hertest betrouwbaarheid. Er waren geen verschillen tussen delict type en geslacht op de stadia van verandering schaal. Men scoorde laag op pre-contemplatie en wat hoger op de andere drie schalen hetgeen erop duidt dat men in een veranderproces zit. In Studie 2 wordt gemeten de 'Readiness to Change Offending Questionnaire' (RCQR; Rollnick et al., 1992) gebaseerd op de eerdere 4 stadia van verandering schaal waarbij de Maintenance schaal is verwijderd. Deze zou niet onderscheidend (genoeg) zijn. Vragenlijst werd ingevuld door 40 patiënten. Behandelaars scoorden de mate van motivatie het gedrag te veranderen en zusters scoorden in welke van de 3 fases de patiënt zou zitten volgens hen. Er worden geen relaties gevonden tussen de vragenlijsten. Van de 3 stadia van verandering sub-schalen, hebben er 2 een onacceptabel lage betrouwbaarheid.

McMurrin, M., & Ward, T. (2004). *Motivating offenders to change in therapy: An organizational framework*. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 295-311.

In dit artikel presenteren de auteurs het Good Lives Model (GLM) dat stelt dat alle individuen een intrinsieke behoefte hebben om hun welzijn te vergroten en in basisbehoeften te voorzien. Hierin is het criminele gedrag niet gerelateerd aan het nastreven van foutieve behoeften, maar aan het nastreven op de verkeerde manier van basisbehoeften. De doelen motiveren tot gedrag. De auteurs presenteren 12 adviezen waarmee therapeuten de effectiviteit van de behandeling kunnen vergroten. Dit artikel presenteert een algemeen model over motivatie. Het gaat hierbij niet om psychiatrische delinquenten.

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.

In dit artikel wordt een onderzoek gepresenteerd waarin drop-outs en voltooiers van een door een Drug Court in California 'verplicht' drugs afkickprogramma worden vergeleken op een aantal criteria. Gevonden wordt dat de drop-outs bij de intake al een langer crimineel verlegden hadden, een lagere behandelmotivatie, ernstigere werk- en psychiatrische problemen, en meer drugs gebruikten (m.n. heroïne). Als reden geven zij zelf op lage motivatie en te moeilijk programma. Na een jaar was recidive bij de drop-outs hoger dan bij de voltooiers.

Stevens, A., Berto, D., Heckmann, W., Kersch, A.V., Oeuvery, 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.

Deze review van andere reviews vergelijkt de effectiviteit van quasi verplichte (door de rechtspraak gemotiveerde) afkickprogramma's in 5 Europese landen: Engeland, Duitsland, Nederland, Frankrijk, Italië. In Engeland worden voornamelijk positieve effecten gevonden terwijl de resultaten in de overige landen gemengd zijn. Verplichte behandeling kan dus ook tot positieve uitkomsten leiden, maar er zijn meer degelijke studies nodig om het beleid van verplicht behandelen, te motiveren. Ook wordt aangemerkt dat er problemen lijken te zijn in de afstemming tussen het strafrecht systeem en de organisaties die de behandelingen verzorgen.

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.

Kort na de start van de verslavingsbehandeling worden patiënten geïnterviewd en gevraagd naar de mate van dwang die zij ervoeren van vrienden en familie of instanties (strafrecht, welzijn) om te starten met de behandeling. Ook werd mate van motivatie voor de behandeling gemeten. De motivatie is groter wanneer de dwang wordt uitgeoefend door familie en vrienden. Dit hangt wel weer samen met een zwaardere verslavingsproblematiek. Druk bij aanvang van de behandeling hing niet samen met de uitkomsten 12 maanden later.

Tetley, A., Jinks, M., Huband, N., & Howells, K. (2011). *A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment*. Journal of Clinical Psychology, 67, 927-941.

Een systematische review naar studies over 'engagement' bij de therapie. Geconcludeerd wordt dat er weinig consensus is over wat engagement precies is en hoe dit wordt gemeten. Metingen die er zijn kunnen niet gegeneraliseerd worden naar andere behandel settings of andere klinische populaties. Vaak ontbreken gegevens over de betrouwbaarheid of validiteit van dergelijke meetinstrumenten. Het gaat in dit artikel niet over populaties van delinquenten.

McMurran, M., & Ward, T. (2010). *Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 75-85.

Hoewel dit artikel niet specifiek gaat over delinquenten met mentale stoornissen, is dit wel een interessant artikel om te lezen om een overzicht te krijgen van de wijze waarop behandel 'readiness' en 'engagement' doorgaans worden gemeten. Readiness gaat over de eigenschappen die maken dat een client engaged kan zijn in de behandeling. Het gaat dus aan engagement vooraf. Engagement gaat over de betrokkenheid bij en meedoen met de therapie. Dit kan ook door de therapeut aangegeven worden.

Genoemd wordt een studie van McMurran en Theodosi (2007) waaruit naar voren kwam dat delinquenten die hun therapie niet afmaakten, vaker recideerden dan delinquenten die geen therapie aangeboden kregen. Daarom lijkt het belangrijk delinquenten te motiveren voor therapie (want verplicht stellen lijkt geen goede uitkomsten op te leveren). Hiervoor is volgende de auteurs nodig:

1. modellen van engagement die theoretisch en empirisch onderbouwd zijn.
2. psychometrisch robuuste meetinstrumenten van engagement.
3. het ontwerp, implementatie en evaluatie van voorbereidende procedures voorafgaand aan de behandeling die engagement in de behandeling kunnen verhogen.
4. strategieën die barrières tot engagement kunnen wegnemen als onderdeel van de behandeling.

Gepresenteerd wordt het MORM model van Ward et al. (2004). Hierin opgenomen zijn persoonsfactoren (cognitief, affectief, overtreding gedrags-, identiteits-) en contextuele factoren. Bij deze laatste gaat het onder andere om de omstandigheden (o.a. verplicht, vrijwillig), locatie (gevangenis, gemeenschap), beschikbaarheid (van behandelprogramma's), bronnen (kwaliteit van programma, aanwezigheid getrainde behandelaars), interpersoonlijke steun, en eigenschappen van de behandeling (type, timing). beide type factoren werken samen om te maken dat een delinquent wil en zal investeren in gedragsverandering. Model lijkt ondersteund te worden door empirisch onderzoek.

Het model heeft geleid tot de ontwikkeling van volgens de auteurs veelbelovende meetinstrumenten, o.a. van readiness, motivation en engagement. Deze zouden nog wel gevalideerd moeten worden in andere landen en met andere populaties.

Als het gaat om de voorbereiding van delinquenten op de behandeling en daarmee drop-out tegen te gaan en succes van de behandeling te borgen, wordt gewezen op de techniek van Motivational Interviewing die veel wordt toegepast. Het meeste onderzoek naar MI is gedaan bij verslaafden. Bij daders van huiselijk geweld lijken de uitkomsten niet goed, dus het is nodig de effectiviteit van MI per dadertype te onderzoeken.

De auteurs wijzen verder op het construct van Readiness, dat het daarbij niet alleen moet gaan om motivatie, maar ook gekeken moet worden naar de match van de persoon met de behandeling (bv. groeps- vs. individuele behandeling, cognitieve factoren die een rol spelen bij de behandeling e.d.). Aan deze factoren kan voorafgaand aan of buiten de behandeling om extra aandacht worden geschonken. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van dergelijke programma's.

Om barrières tot engagement weg te nemen, kan gekeken worden naar de factoren in het MORM model. Het gaat daarbij o.a. over de mismatch met veiligheidsdoelen en therapiedoelen, het aanpassen van het programma zelf (bv. analfabetische groep, cultuur of gendergeslacht), het aanpassen van de delinquent (bijvoorbeeld door te kijken naar levensdoelen, overtuigingen e.d.).

McMurrin, M., & Ward, T. (2010). *Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 75-85.

Special issue: Readiness Motivation.

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.

In België is er steeds meer aandacht voor het bieden van therapieën in de gevangenis. In dit artikel gaat het om afkicktherapie en de rol van motivatie en intellectuele vermogens. Gevangenen worden geïnterviewd (N=116) en tijdens dit interview worden diverse vragenlijsten afgenomen zoals de EuropASI die mate van verslavingsproblematiek meet, de Raven SMP die intellectuele vermogens meet zonder hierbij te vertrouwen op taalvaardigheid of academische achtergrond, en een maat voor motivatie bestaande uit Circumstances (mate van externe druk), motivatie (interne druk) en Readiness (intern gevoelde noodzaak). Bijna de helft van alle gevangenen die geïnterviewd werden, scoort beneden gemiddeld als het gaat om intelligentie. Een opvallende bevinding is dat gevangenen die hogere scores op intelligentie juist minder gemotiveerd zijn om in therapie te gaan en blijven dan gevangenen met een lagere intelligentie. Dit is interessant omdat vaak wordt aangenomen dat gevangenen met een lage intelligentie minder gemotiveerd zijn. Dit kan echter ook komen doordat zij verkeerd begrepen worden.

Kirby, A., McSweeney, T., Turnbull, P., & Bhardwa, B. (2011). *Engaging substance misusing offenders: A rapid review of the substance misuse treatment literature*. London: Institute for Criminal Policy Research.

De groep verslaafde delinquenten is vaak ouder en heeft een langer crimineel verleden. In therapie is het belangrijk rekening te houden met dynamische factoren (zoals motivatie en 'readiness') die de therapeutische relatie beïnvloeden. Deze zullen echter gedurende de behandeling fluctueren. De beste voorspeller van engagement en retention is waargenomen behulpzaamheid en nut van de therapie, dit geldt met name voor vrouwen. Vrouwen reageren beter op een empathische therapie en mannen beter op een probleem-oplossende therapie. De therapeutische relatie kan verder verbeterd worden door relatief simpele dingen als sms-herinneringen van de afspraak, afspraken kunnen maken op flexibele tijdstippen. Motivational Interviewing wordt ook aangeraden. Omdat de verslaafde in de therapie afstand moet doen van zijn identiteit als junkie of verslaafde of crimineel, is het belangrijk dat alle levensaspecten worden aangepakt. Daarom is een goede samenwerking tussen instanties (juridische, gezondheids- etc.) van groot belang. Bij het afstand doen van de oude identiteit, past het aannemen van een nieuwe identiteit. Het doen van vrijwilligerswerk helpt bij het opbouwen van een respectabele identiteit. Ook dit wijst op het belang van samenwerking tussen verschillende instanties. In de praktijk lukt dit echter nog maar slecht. Barrières zijn onder andere een verschil in organisatiecultuur, weerstand om informatie te delen. Wat lijkt te werken is om een ex-gevangene bij vrijlating al te ontmoeten en te introduceren aan alle instanties waar hij/zij nu mee te maken zal hebben. Als het gaat om effectieve strategieën om de engagement bij therapieën te vergroten, wordt vermeld dat er nog steeds teveel nadruk ligt op straffen in plaats van belonen terwijl er sterke aanwijzingen zijn dat juist belonen effectief is. Hier wordt 'contingency management' genoemd, een therapeutische aanpak gericht op belonen die veel in de USA wordt gebruikt. Vermoed wordt dat het maatschappelijke klimaat in de UK niet rijp is voor het belonen van criminele verslaafden.

Polcin, D.L. (2001). *Drug and alcohol offenders coerced into treatment: A review of modalities and suggestions for research on social model programs*. *Drug Use & Misuse*, 36, 589-608.

Veel gedwongen afkick-therapieën lijken te werken, hoewel er ook onderzoek is dat gemengde resultaten laat zien. In deze studie gaat het om de zogenaamde social model recovery programs die losjes gebaseerd zijn op de 12 stappen van Alcoholics Anonymous en waarbij lotgenoten elkaar ondersteunen. De observatie wordt gedaan dat ook deze programma's steeds meer verplicht worden gesteld. Daarnaast geldt dat een programma ook elementen van Sociale Model Recovery Programs kan bevatten. Hiervoor is een vragenlijst opgesteld om te meten in hoeverre een programma lijkt op de oorspronkelijke social model recovery programs. Aanbevelingen worden gedaan naar hoe men de effectiviteit van deze programma's het beste kan evalueren.

McMurran, M. (2009). *Motivational interviewing with offenders: A systematic review*. *Legal and Criminological Psychology*, 14, 83-100.

In deze review wordt aangetoond dat Motivational Interviewing (dat vooral toegepast wordt bij verslaafde delinquenten) leidt tot een verhoogde motivatie om te veranderen, hogere retentie in therapie, en minder recidive. Tips voor vervolgonderzoek worden gegeven.

Ritchie, G., Weldon, S., Macpherson, G., & Laithwaite, H. (2010). *Evaluation of a drug and alcohol relapse prevention programme in a special hospital: An interpretative phenomenological analysis*. *The British Journal of Forensic Practice*, 12(3), 17 – 28.

'This study explores dual-diagnosis patients' perspectives on a relapse prevention programme in a special hospital. Five previous members of the relapse prevention programme were randomly selected for interviews (IPA) was employed to gain a perspective on the patient. Transcripts were analysed using IPA and revealed four master themes: 'former self', 'increasing self-knowledge/awareness', 'group as a mediator' and 'future self'. The findings show that the subjective experience of group members emphasises the importance of interpersonal relationships, developing a supportive therapeutic alliance, and the learning and development of social and coping skills.'

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.

Enkele respondenten in dit onderzoek gaven aan dat er behoefte is aan een pre-treatment om de motivatie voor behandeling te vergroten, en om de gedetineerden te informeren over het nut. 579

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.

'Given the finding that well-controlled studies against bias, and those which employed random samples had non-significant effects, and studies that were rated as being of higher quality had smaller (although still significant) effects than weaker studies, further research is required.' 8

Als gedwongen deelname aan een behandeling net zo hoog is als vrijwillige deelname, kan de dwang een gezonde werkrelatie tussen de klant en de zorgverlener belemmeren. Uit eerder onderzoek is gebleken dat een goede werkrelatie voorspellend is voor positieve resultaten van behandeling (Priebe & McCabe, 2008) en volgens sommige onderzoeken moet dit een onderdeel zijn van interventies (Priebe et al., 2007). 9

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.

Een vroege instroom in een behandelprogramma is noodzakelijk om het gebrek aan motivatie van gedetineerden te verhelpen. Technieken zoals 'motivational interviewing' verbeteren de participatie met programma's en verhogen de retentie van aangeleerde technieken (Hiller, Knight, & Simpson, 1999). 883

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.

Uit dit onderzoek blijkt dat de inschakeling van gespecialiseerde zorgverleners veelbelovend is voor de verbetering van klinische en criminele uitkomsten bij ex-gedetineerden met psychische stoornissen (Skeem, Emke-Francis, & Eno Loudon, 2006). De motivatie om een behandelprogramma te volgen en om medicatie in te nemen blijkt een belangrijke rol te spelen in het risico op heropsluiting door een nieuwe (technische) overtreding. De combinatie van een lage motivatie met intensief toezicht, zoals deze binnen het ACT model voorkomt, kan verklaren waarom ACT team cliënten soms vaker weer in de gevangenis belanden dan cliënten die een case management aanpak hebben ontvangen. (Solomon & Draine, 1995a). 414

Personen met psychische stoornissen lijken goed te reageren op gespecialiseerde interventies die de nadruk leggen op behandeling en rehabilitatie. Toch moet er voorzichtig omgesprongen worden met deze conclusie:

- Het wordt moeilijker om de nadruk te leggen op rehabilitatie zonder daarbij dwang te gebruiken naarmate de werkdruk (veel patiënten per hulpverlener) toeneemt.
- De waardering van de behandeling (motivatie en of de behandeling of medicatie als nuttig wordt gewaardeerd) hangt sterk samen met de opgelegde sancties na vrijlating.
- De personen die naast psychische stoornissen ook verslavingsproblematiek vertonen hebben over het algemeen een slechtere werkrelatie met zorgverleners, vertonen meer risicogedrag, en voelen zich sneller gedwongen om een behandeling te volgen.

414

Vanhoeck, K. (2001). *Motivatie voor een psychotherapeutische behandeling binnen een verplichtend kader*. Tijdschrift Klinische Psychologie, 31(2), 86-95.

‘Het is de moeite om in het kader van gedwongen therapie met extern gemotiveerde cliënten op weg te gaan. We kunnen ons eerder zorgen maken om die cliënten die geen externe therapiemotivatie kennen. Dit zijn bijvoorbeeld de delinquenten die verkiezen om tot het strafeinde in de gevangenis te blijven en de mogelijkheid van een vervroegde invrijheidstelling niet wensen te benutten, indien daar een therapieprijkaartje aan vast hangt. Deze delinquenten komen na het uitzitten van hun straf vrij, zonder dat ze in therapie over zichzelf hebben nagedacht. Maar er zijn ook cliënten die elk beetje opkomen voor eigenbelang ontberen.’ 91

‘Hoe kan de therapeut de motivatie van de cliënt in kaart brengen? Op basis van eigen ervaring en lectuur stelden we een lijst van elf vragen samen die een overzicht biedt van vele aspecten die met therapiemotivatie te maken hebben (zie tabel 2). Uitgangspunt voor de lijst was de behoefte om als therapeut zicht te krijgen op de wensen en verlangens van de cliënt ten aanzien van zijn therapie. De lijst bestaat uit logisch op elkaar volgende vragen die de therapeut toelaten om op verkenning te gaan. Hij kan als leidraad gebruikt worden bij een expliciet “motivatiegesprek”, maar hij kan ook helpen bij het inventariseren van indrukken en informatie over een cliënt.’ 91

[T a b e l 2] Vragen voor een motivatieprofiel.

1. ‘Motivatie vanuit probleeminzicht (vindt cliënt zelf dat hij een probleem heeft?) cf. dimensie 1: probleembelasting,
2. Motivatie vanuit lijdensdruk (lijdt cliënt onder zijn probleem?) cf. dimensie 1: probleembelasting,
3. Motivatie om aan problemen te werken (wil cliënt zijn probleem oplossen en gelooft hij dat het kan?) cf. dimensie 2: probleemverwerking,
4. Motivatie met het oog op een doelgerichte probleemoplossing (weet cliënt in welke zin hij zijn probleem wil oplossen en heeft hij concrete doelstellingen?) cf. dimensie 7: alternatieve handelingsmogelijkheden,
5. Motivatie vanuit hoop op strafvermindering of vermijding (hoopt cliënt op persoonlijke voordelen?) cf. dimensie 3: detentieverlichting,
6. Motivatie vanuit kennis over therapie (heeft cliënt kennis over wat hij zich bij therapie moet voorstellen?) cf. dimensie 4: therapie-inschatting,
7. Motivatie om zich specifiek voor therapie in te zetten (wat heeft cliënt voor zijn therapie over?) cf. dimensie 5: therapiebereidheid,
8. Motivatie om hulp te willen aanvaarden (wil en kan cliënt hulp aanvaarden?) cf. dimensie 5: therapiebereidheid,
9. Motivatie vanuit beschikbare hulpbronnen (beschikt cliënt over coping mechanismen die de drempel naar therapie verkleinen, bijvoorbeeld: zelfvertrouwen, netwerksteun, verbale mogelijkheden, ...?) Cf. dimensie 8: persoonlijkheidseigenschappen,
10. Motivatie vanuit een destructiedrang (wil cliënt de therapie misbruiken voor oneigenlijke doeleinden? – strafvermindering valt hier niet onder),
11. Motivatie vanuit sociale wenselijkheid (wil cliënt therapie volgen, omdat hij zich conformistisch opstelt en zich passief schikt naar wat hem wordt opgedragen?).’

‘De therapeut die een aanbod wil doen aan cliënten in het kader van een opgelegde maatregel moet zich inlaten met motivatie. Een klassieke therapeutische houding waarbij de cliënt zich aan te passen heeft aan de vereisten van de therapie, heeft niet veel kans van slagen. De cliënt brengt zelf zijn therapiemotivatie mee en het is van daaruit dat de therapeut moet starten. Motivatieanalyse en motivatiebevordering worden dan twee belangrijke therapeutische instrumenten.’ 94

Leenarts, L. E. W., & van der Knaap, L. M. (2007). *Motivatie te meten? Een inventarisatie van instrumenten om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen*. WODC. Verkregen van <http://wodc.nl/onderzoeksdatabase/het-meten-en-vaststellen-van-intrinsieke-motivatie-bij-verslaafde-justitiabelen-in-het-kader-van-behandeling.aspx?cp=44&cs=6799>.

‘In de onderhavige studie zijn in totaal 21 artikelen opgenomen die informatie verschaffen over de betrouwbaarheid en validiteit van instrumenten die intrinsieke motivatie om te veranderen bij verslaafde justitiabelen meten, deze 21 artikelen hebben betrekking op dertien instrumenten. 13

Uit de geselecteerde literatuur blijkt dat geen van de instrumenten adequaat is te noemen op basis van de criteria die in hoofdstuk 1 zijn opgesteld. Eén instrument is mogelijk adequaat, wat wil zeggen dat naast de interne consistentie nog een tweede psychometrisch kenmerk voldoende is, maar dat het instrument nog niet is onderzocht op ofwel de bruikbaarheid bij drugsverslaafden ofwel de begripsvaliditeit. Gegeven de strenge criteria die voor de interne consistentie zijn gehanteerd, blijkt dat een groot deel van de bestudeerde instrumenten niet adequaat is. Van de meeste instrumenten is evenwel niet bekend of ze adequaat zijn: doorgaans is als meer dan twee resultaten op de vijf psychometrische aspecten niet bekend zijn en/of het resultaat van onderzoek naar de interne consistentie is niet bekend niet duidelijk of een instrument adequaat is.’ 19

19-24:

Instrumenten die mogelijk adequaat zijn: RFQ

‘De RFQ beoogt de motivatie om te stoppen met drugs en/of alcohol bij individuen vast te stellen. De interne consistentie van de items die de intrinsieke motivatie meten is net voldoende; Cronbach’s alfa ligt zo dicht tegen de grens van voldoende aan (.79), dat deze als zodanig geïnterpreteerd wordt. Downey et al. (2001) vinden een vierfactoroplossing overeenkomend met de vier subschalen van het instrument. Onderzoek naar de predictieve validiteit van het instrument toont aan dat het instrument goede voorspellende waarde heeft met betrekking tot onthouding van drugs of alcohol. Onderzoek naar de geschiktheid van het instrument voor het gebruik in een justitiële setting dient nog plaats te vinden.’ 20

Instrumenten die niet adequaat zijn: URICA, CMRS, CMR, MFT

Instrumenten waarvan niet duidelijk is of ze adequaat zijn: PCI, Scaling Rulers, Algorithms, Socrates, RCQ-D, TMQ, Pre-treatment motivation scales, SOCS.

‘De laatste jaren gaat namelijk veel aandacht uit naar manieren om motivatie voor verandering bij verslaafde justitiabelen vast te leggen (Howells & Day, 2003; McMurrin, 2002; McMurrin & Ward, 2004). Als motivatie bij een individu niet aanwezig is, is volgens Beckman (1980) een behandeling immers zinloos of dient er in eerste instantie te worden geïnvesteerd in motivatie bevorderende technieken. Gezien het belang van de motivatie om te veranderen bij een verslaafde justitiabele, is het opmerkelijk dat er weinig psychometrisch robuuste instrumenten beschikbaar zijn om deze motivatie in kaart te brengen (Howells & Day, 2003; McMurrin, 2002; McMurrin & Ward, 2004). Met behulp van dit soort instrumenten kan namelijk informatie verzameld worden over het drugsgebruik en de motivatie om probleemgedrag aan te pakken, daarnaast kan voorspeld worden of de reactie op een behandeling gunstig zal zijn.’ 32

‘Uit het onderhavige onderzoek komt naar voren dat in ieder geval de RFQ een mogelijk adequaat instrument is dat intrinsieke motivatie voor verandering bij drugsverslaafden zou kunnen meten. De begripsvaliditeit van het instrument dient echter nog onderzocht te worden en tevens moet onderzocht worden of het instrument bruikbaar is in een justitiële setting. De vertaling naar het Nederlands en onderzoek naar de bruikbaarheid in een Nederlandse context moet eveneens nog plaats vinden.’ 35

Vanhoeck, K. (2002). *Motivatie bewerken bij forensische cliënten*. Psychopraxis, 4, 120-125.

‘Motivatie moet gedifferentieerd en vanuit de beleving van de cliënt in kaart gebracht worden, voordat er een uitspraak over gedaan kan worden.’ 120

Motivatiedimensies bij opgelegde therapie:

1. Probleeminzicht: Vindt cliënt zelf dat hij een probleem heeft? Hoe ziet hij dat probleem? Is het probleem nog actueel of plaatst hij het in het verleden?
2. Lijdensdruk: Lijdt cliënt onder zijn probleem? Heeft hij eventueel wel probleeminzicht, maar lijdt hij er niet onder (heeft hij zich aangepast?), of lijdt hij zonder te beseffen dat er een probleem aan ten grondslag ligt (‘het leven is lijden’)? Heeft de cliënt een minimale toegang tot zijn gevoelsleven om lijdensdruk te kunnen ervaren?
3. Aanpakbereidheid: Wil cliënt zijn probleem oplossen en gelooft hij dat het kan? Levert het probleem hem ‘ziektewinst’ op? Heeft hij al van alles geprobeerd en beïnvloedt dit zijn huidige bereidheid?
4. Probleemoplossing: Weet cliënt in welke zin hij zijn probleem wil oplossen en heeft hij concrete doelstellingen? Hoe ziet zijn ideale oplossing eruit? Is hij realistisch in zijn voorstellingen? In welke ruimere levensopzet passen zijn oplossingen?
5. Strafverlichting: Hoopt cliënt op persoonlijke voordelen? Welke voordelen en hoe belangrijk zijn die voor hem? (Voor therapeuten die deze motivatie als ‘reductie van een negatieve stimulus’ beschouwen, is dit een legitieme, psychologisch gezonde motivatiedimensie en geen contra-indicatie voor therapie.)
6. Therapiekennis: Heeft cliënt kennis over wat hij zich bij therapie moet voorstellen? Kent hij mensen die therapie gevolgd hebben en bepaalt dit zijn beeldvorming? Wat denkt hij van therapie te kunnen verwachten?
7. Therapiebereidheid: Wat heeft cliënt voor zijn therapie over? Is hij bereid er tijd, geld en energie in te investeren? Past therapie in zijn eigen plan (zie vierde dimensie)?
8. Hulpingesteldheid: Wil en kan cliënt hulp aanvaarden? Laat zijn zelfbeeld dit toe? Welke levenswijsheid heeft hij in dit verband opgedaan?
9. Bronnenbeschikbaarheid: Beschikt cliënt over coping mechanismen en hulpbronnen die de drempel naar therapie verkleinen? Voorbeelden: zelfvertrouwen, netwerksteun, verbale mogelijkheden.
10. Oneigenlijke motivatie: Heeft cliënt een verborgen agenda waarvoor hij de therapie wil gebruiken (hoop op strafvermindering valt hier niet onder, zie zesde dimensie)? Voorbeelden: therapie laten mislukken om het ongelijk van de rechter te bewijzen; de maatschappij op kosten willen jagen.
11. Passieve inschikkelijkheid: Wil cliënt therapie volgen, gewoonweg omdat hij zich passief schikt naar wat hem wordt opgedragen? Gaat het daarbij vooral om sociale wenselijkheid (een goede indruk willen maken) of is er sprake van een meer veralgemeende sociale onderdanigheid als levensstijl?

121

‘Het resultaat is een gedifferentieerd beeld van zwakke en sterke kanten aan de motivatie van de cliënt. Meteen heeft de therapeut ook een eerste therapeutisch programma, namelijk het beïnvloeden van de zwakke elementen en het consolideren van de sterke.’ 121

>>

'Kader 1 Principes van motivatiebevordering:'

1. Empathie en aanvaarding van de cliënt als persoon:
 - Verschil tussen persoon en daad,
 - Niet moraliseren, niet veroordelen, niet met de grond gelijkmaken,
 - Visie en ritme van de cliënt respecteren (opentaakspanning),
 - Respectvolle bejegening.
2. Discrepantie aanbrengen en dissonantie versterken:
 - De realiteit binnen brengen, informatie aandragen,
 - Duiden op het verschil tussen binnen- en buitenwereld,
 - Het zich zorgen maken opdrijven,
 - Kennis van problemen doen toenemen,
 - Bestaande tegenstrijdige meningen en attitudes bij de cliënt versterken gevoel van eigenwaarde vergroten (je mag er zijn met al je gevoelens),
 - Gevoel van competentie verhogen (je kan ermee omgaan).
3. Argumentatie vermijden:
 - Vermijden van discussie en onenigheid,
 - Contact krijgen en houden
4. Met de weerstand meegaan:
 - Weerstand is een concept dat vanuit de therapeut gedefinieerd wordt,
 - Tijd nemen,
 - Keuzes bij de cliënt laten,
5. Zelfwerkzaamheid steunen:
 - Objectieve informatie geven (ook laten opzoeken),
 - Samenwerkingsrelatie,
 - Verantwoordelijkheid bij de cliënt laten,
 - Hoop inbrengen,
6. Grenzen respecteren:
 - Binnen het mandaat blijven.

122

Schippers, G. M. (2002). *Motiverende gespreksvoering*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 57, 250-265.

‘Maar verslaving is allang niet meer het enige terrein waar motiverende gespreksvoering wordt toegepast en onderzocht. Zo is de methodiek effectief gebleken als voorbereiding op psychotherapie (Walitzer e.a., 1999) en ter verhoging van therapietrouw bij adolescenten met psychotische verschijnselen (Kemp e.a., 1998).’

‘Uit de principes van motiverende gespreksvoering vloeien een aantal strategieën voort. Uit het principe van onvoorwaardelijke acceptatie volgt dat de hulpverlener a) empathisch reageert, b) discussie vermijdt en c) de zelfeffectiviteit van de patiënt versterkt. Uit het principe van constructieve zelfconfrontatie volgt dat de hulpverlener d) cognitieve dissonantie oproept door de ambivalentie van de patiënt ten opzichte van gedragsverandering te vergroten en e) gebruik maakt van eventuele weerstand. Hij doet dit door het uitlokken, herhalen en versterken van op positieve verandering gerichte uitspraken.’

‘De toepasbaarheid van motiverende gespreksvoering is, gezien de nadruk op eigen verantwoordelijkheid, beperkt. Die beperking heeft betrekking op de mogelijkheid tot zelfcontrole. In alle situaties waarin men maatregelen wil nemen die tegen de wil van de patiënt ingaan of die zijn bedoeld voor een patiënt die niet in staat is tot zelfcontrole, is motiverende gespreksvoering niet aan de orde. Te denken valt aan verwarde, niet bij hun bewustzijn verkerende, aan ernstige cognitieve tekorten lijdende of anderszins niet-aanspreekbare personen, of personen die men tegen zichzelf wenst te beschermen. In die gevallen dient men directief en voor de persoon beslissend op te treden.’

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

In dit artikel gaan de auteurs in op de conceptuele verwarring die bestaat over het begrip Motivatie. De auteurs bespreken drie belangrijke oorzaken hiervoor en bieden een meer adequate conceptualisatie voor het begrip plus een aantal adviezen voor toekomstig onderzoek.



Zorg en behandeling

-
- Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (2008). *Richtlijn medicamenteuze zorg aan gedetineerde verslaafden*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- In de richtlijn neemt de behandeling van opiaatafhankelijkheid een belangrijke plaats in en wordt voortzetting van opiaatonderhoudsbehandeling aanbevolen. De plaats van drangtrajecten en de continuïteit van zorg tijdens en na detentie zijn tevens belangrijke aspecten van de richtlijn.
-
- Posthuma, T., Vos, R., & Kerkmeer, M. (2003). *Dubbele Diagnose, Dubbele hulp. Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Den Haag: Parnassia/GGZ.
- Betreft een beschrijving van screening, assessment en behandeling van patiënten met een dubbeldiagnose.
- ‘Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor volledige integratie, wordt aanbevolen om de verschillende interventies bij dubbele diagnose in sterke samenhang aan te bieden. Ten aanzien van de volgorde van behandelen wordt aanbevolen om gelijktijdig psychopathologie en middelenmisbruik te behandelen bij schizofrenie, borderline persoonlijkheidsstoornis en posttraumatische stressstoornis. Sequentiële behandeling waarbij het middelenmisbruik het eerst wordt aangepakt, wordt aangeraden bij angst- en stemmingsstoornissen en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Bij dubbele diagnose is bijkomende problematiek zo belangrijk dat bij goede behandeling aandacht voor maatschappelijke problemen nooit kan ontbreken. Dakloosheid is hierbij een van de meest ernstige factoren. Over het algemeen is (intensieve) ambulante behandeling geïndiceerd bij de aanpak van dubbele diagnoseproblematiek. De meerwaarde van een klinische behandeling dient nog te worden aangetoond. Motiverende gespreksvoering heeft altijd een plaats in het behandelingsaanbod, ongeacht het stadium van motivatie van de patiënt. Voor veel dubbele diagnosepatiënten zijn kleine hoeveelheden cannabis of cocaïne al ontregelend. Abstinentie is daarom een goed behandelingsdoel, zij het soms op de lange termijn. Voorkomen moet worden dat de patiënt het contact met de hulpverlening verbreekt omdat er ten aanzien van zijn middelenmisbruik te hoge eisen worden gesteld. Adequate (medicamenteuze) behandeling van bijkomende psychiatrische stoornissen dient in de verslavingszorg prioriteit te krijgen.’
-
- 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.
- Beschrijving van de diagnostiek, indicatie, behandeling en interventies bij volwassenen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Ook wordt ingegaan op co-morbiditeit. Tot slot wordt de organisatie van de zorg beschreven. Wel is zo dat forensische psychiatrische patiënten niet worden beschreven, maar de werkgroep ziet vooralsnog geen reden dat de conclusies niet voor deze groep zou gelden.
-
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2008). *Multidisciplinaire Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Een algemene beschrijving van alcoholgebruik bij patiënten, maar ook diagnostiek en testen. Daarnaast wordt ingegaan op medicamenteuze behandeling, farmacotherapeutische interventies en psychosociale interventies. Ook wordt co-morbiditeit beschreven. Niet speciaal voor forensische patiënten.
-
- Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2007). *De zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving*. Den Haag. Verkregen van <http://www.rsj.nl/>.
- In 2007 heeft de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming een advies uitgebracht over de zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis en/of een verslaving. Geconcludeerd wordt dat deze zorg kwalitatief en kwantitatief te kort schiet. Er worden een 9-tal aanbevelingen gedaan.

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.

'It is confirmed that the prevalence of psychiatric morbidity among prisoners by far exceeds the rate of mental disorders in the general population although international research on this issue is limited. A review of 62 prison studies covering more than 23,000 prisoners worldwide found that 3.7 % of all male and 4% of all female prisoners had a psychotic disorder, 10 % of all male and 12% of all female prisoners suffered from major depression, and 47 % fulfilled the criteria for an antisocial personality disorder (Fazel & Danesh 2000).'

Mental screening

'All in all, rather than being the rule, a mental state screening at prison entry by psychologists or psychiatrists that fulfils quality standards seems to be a rare event across Europe. In many countries, inadequately trained staff is appointed to do a mental state screening at prison entry. Most research studies on this issue agree that mental disorders, particularly substance abuse, personality disorders, or chronic psychotic disorders are found more frequently in prisoners than in general population samples. The restriction of freedom, the prison setting in general, or specific environmental factors in prison are potential mental health hazards. Particularly the early phases of imprisonment must be recognised as periods of high vulnerability.'

'Despite this research evidence, none of the countries included in this evaluation legally requires an obligatory mental health re-screening by qualified staff during imprisonment (see table 12). Routine practices are not likely to amend this serious legal omission, so that regularly updated mental state screenings by adequately trained professionals are far from being standard procedure in European prisons. This may be different when prisoners are referred to general psychiatric or forensic hospitals for psychiatric treatment, which happens to a considerable but unfortunately unknown degree (see table 31). In such a case, they are included in the regular hospital routines and re-assessed or diagnosed according to their psychopathological needs.'

Tekortkomingen Nederland:

'Insufficient collaboration with general mental health care (offered care does not meet the specific needs of mentally disordered detainees), judicial process and measures could aim more at effective solutions regarding care and recidivism reduction, implementation of treatment programmes, e.g., for sex offenders (in development), better community aftercare (recent developments in civil and penal law are in progress).'

Ministerie van Justitie (2008). *Zorgprogramma's voor gedetineerden met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

In 'Straf en zorg: een paar apart' (2007) wordt aangegeven dat medicatie, casemanagement en het aanleren van praktische en sociale vaardigheden met behulp van psycho-educatieve methoden de meest effectieve behandelmethoden blijken te zijn. Ook worden verschillende behandelmodules en activiteiten beschreven (zoals Cova).

Mental Health Primary Care in Prison. (n.d.). <http://www.prisonmentalhealth.org/home.html>

Deze website uit Groot-Brittannië bevat richtlijnen voor de behandeling van patiënten (adolescenten en volwassenen) binnen het gevangeniswezen met klinisch psychiatrische problematiek.

CSC Health Services. (2008). <http://www.csc-scc.gc.ca/text/hlth/index-eng.shtml>

Deze website van de 'Correctional Service of Canada' bevat naast algemene informatie over deze organisatie, vacatures, uitleg over de specifieke programma's (bv. ethno-culturele programma's) ook een sectie 'Research' waarin artikelen kunnen worden gevonden van onderzoek naar/binnen het gevangeniswezen. Onder andere een artikel over de prevalentie van ADHD binnen gevangeniswezen, een artikel over de prevalentie van zelfmutilatie en beste interventie hiervoor, en een artikel waarin een pilot wordt gepresenteerd met een computerchecklist voor mentale stoornissen. Een gerelateerde website is <http://www.publicsafety.gc.ca/index-eng.aspx>. Op deze Canadese site is ook een afdeling research waarin onder andere aandacht voor de behandeling zedendelinquenten.

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

'Treatment and rehabilitation of mentally disordered offenders has traditionally been a function of high security hospitals, but is increasingly based in community settings. Evidence for the effectiveness of psychological interventions remains scarce, and for secure hospitals, is limited to demonstrations of short-term effects using a conventional range of behavioural and cognitive-behavioural procedures. Some findings support the use of directive community programmes in meeting the needs of public safety and improved reintegration of the individual. Long-term services are required, and more complex psychological contributions are needed to meet the multiple needs of this client group.'

Bradley, K. (2009). *The Bradley Report: Lord Bradley's review of people with mental health problems or learning disabilities in the criminal justice system*. London: Department of Health.

'Indeterminate Detention for Public Protection (IPP)

- The impact of an indeterminate sentence on the mental health and well-being of an individual, as a result of the emotional distress brought about by having no set release date;
- The difficulty of access to offender behaviour programmes for prisoners with mental health problems or learning disabilities: prisoners whom staff consider to be unsuitable to participate because of mental illness or emotional instability are often excluded entirely. However, offender behaviour programmes are often necessary to reduce an individual's risk, and thereby help them towards release;
- The high levels of pre-existing need identified in the IPP and detention for public protection (DPP – used for children and young people) populations and the high impact this has on demand for mental health services in prisons, in particular on the services of the prison mental health in-reach teams.'

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

‘There is a relatively small body of evidence for what is effective in the treatment of dual diagnosis in the UK and elsewhere. Recommended approaches tend to be less precise than in other areas of treatment. Instead, broader principles of good practice are more appropriate to guide planners and practitioners. These principles are as follows:

- Integrated treatment. A co-ordinated approach from all professionals involved both within the prison and from community services. This often involves a biopsychosocial model of working that addresses medical, psychological and social needs.
- Staged interventions. The mental well-being of a patient with a dual diagnosis is dependent on the harmonisation of interventions. Rapid changes in environment and/or pharmacology can threaten this balance, worsening a mental disorder.
- Social support interventions. Both mental health problems and drug dependence are conditions that have been found to respond favourably to cohesive social support (e.g. Gumley, 1999; Smith, Meyers & Miller, 2001). This approach has to take account of stigma and the related fear in the social network, which impedes reintegration for individuals with dual diagnosis.
- Longer-term perspective. Clients with a serious mental health and a substance misuse problem are at increased risk of becoming isolated from carers and families, becoming homeless, acquiring HIV, engaging in violent behaviour and committing suicide. This poor outlook suggests that treatment programmes should feature realistic goals and be gradually paced.
- Interventions matched to level of need. Clients with a mild to moderate mental health need are best served within a primary care setting – access to primary care in both prisons and the community is generally easy, and suitably trained practitioners (Hughes, 2006) have the ability to manage less severe mental health problems.’

‘The concept of dual diagnosis covers a very broad range of problems of varying intensity. It is important, therefore, that care should be planned on an individual basis, and should consider:

- An individual’s readiness for change and engagement with services (this can be improved by using motivational interviewing);
- Any current substance misuse and associated risks (from sharing of injecting equipment, for instance);
- A client’s social network. This is particularly important in view of the high degree of isolation experienced by this patient group. Vulnerable adults in prison are often poor in social problem solving (Husband, 2008). Specific treatments in social problem solving have been developed;
- Meaningful daytime activity which is consistent with a person’s level of ability to engage and in line with positive longer-term goals, such as employment or continued education. Occupational therapy models are helpful here;
- Sound pharmacological management. This should accord with treatment that the patient has received in the community or (if recently transferred) from a local prison;
- Relationship needs: rebuilding relationships with partners and with children; and
- Cognitive capacity – Corrigan and Deutschle (2008) found very high rates of traumatic brain injury among those with a co-morbid substance dependence and personality disorder. This will influence ability to re-engage in the community and comply with treatment plans.’

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.

‘Over the last 15 years, rehabilitation of offenders has been rigorously researched, resulting in new knowledge and understanding about factors decreasing recidivism amongst them. Typically, such interventions have been based on cognitive behavioural therapy. However, until recently, little research had been carried out on the rehabilitation of offenders with mental disorder. The authors present the first systematic review of the efficacy of structured group interventions with mentally disordered offenders.’

‘To evaluate structured group interventions with mentally disordered offenders through systematic review of the evidence for their efficacy and effectiveness. A standardized search strategy, with complementary methods of data retrieval to ensure a high degree of recall, was employed. Meta-analysis was not undertaken due to sample heterogeneity and lack of comparable data. Instead, effect sizes were calculated on all papers with sufficient data. Pooled effect sizes were calculated for groups of interventions with a similar focus. Twenty studies were retrieved that fitted the inclusion criteria. It was possible to categorize these, predominantly British, studies into four main themes: problem-solving; anger/aggression management; self-harm; and other. The mean pooled effect sizes for the first two groups were suggestive of a moderate to high effect, but methodological variation means that these findings should still be treated as preliminary. Calculated effect sizes give optimism for the efficacy of structured group interventions with mentally disordered offenders. It is important now that more rigorous and consistent research methods be applied, even in secure hospital environments. Some suggestions towards achieving this are offered, drawing from the work to date, inclusive of the need for agreement on common outcome measures and development of networks to improve sample sizes.’

Zwestra, 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.

‘De algehele conclusie van ons artikel uit 2001 dat behandeling in detentie voor alle vier categorieën een bescheiden bijdrage kan leveren moet genuanceerd worden. Voor psychotische gedetineerden is er nog steeds onvoldoende empirisch onderzoek dat deze conclusie rechtvaardigt maar is het model dat Lamberti presenteert, met als aangrijpingspunt compliance met de therapie en medicatietrouw, een goed handvat voor de toekomst. Primaat in detentie blijft daarom voornamelijk het adequaat behandelen van de stoornis met als doelen stabilisatie en rehabilitatie. Voor seksuele delinquenten komt uit het best opgezette grootste empirische onderzoek naar de cognitief gedragstherapeutische behandelinterventie in detentie, het focus in vrijwel alle programma’s, een onderzoek dat voldoet aan hoge methodologische eisen, dat dit effect niet onderbouwd is. Terughoudendheid lijkt hier op zijn plaats en samenhang lijkt met name gezocht te moeten worden met behandeling van deze problematiek na detentie waarbij in detentie wel ondersteunende behandeling en pre- therapie voor behandeling na detentie kan plaatsvinden. Ook voor agressieregulatieproblematiek is de evidentie voor de effectiviteit van behandelprogramma’s in detentie zeer beperkt, casu quo afwezig.’

‘Alleen voor verslavingsbehandeling is er evidentie vanuit goed empirisch onderzoek voor de meerwaarde van behandelprogramma’s in- en aansluitend aan detentie die gericht zijn op recidivevermindering. Ook hierbij geldt echter, net als in 2001, dat de effecten vooral als ze worden vastgesteld met een goed gekozen controlegroepen en hoogstaande wetenschappelijke designs, bescheiden zijn.’

Ruddell, R. (2006). *Jail interventions for Inmates with mental illnesses*. *Journal of Correctional Health Care*, 12, 118-131.

Op basis van een survey onder ‘jail administrators’ is gekeken naar de verschillende interventies voor gedetineerden met een mentale stoornis in Amerika. Zij bevonden dat ‘mental health units’ gevangenen, ‘jail-based case managers’ en trainingen op het gebied van mentale stoornissen voor ‘jail officers’ de meest effectieve strategieën waren. ‘Diversion-programma’s’ bevonden zij het minst effectief, omdat deze programma’s van tijdelijke aard zijn.

Rice, M. E., & Harris, G. T. (1997). *The treatment of mentally disordered offenders*. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3(1), 126-183.

‘The theme of this article is that treatment for mentally disordered offenders should be driven by empirical data on treatment efficacy for criminal offenders in general and therapeutic effectiveness for a wide variety of clinical problems experienced by forensic patients. By the same token, treatment for the highest risk mentally disordered offenders--the psychopaths--should be driven by empirical data on their characteristics.’

‘The term mentally disordered offender, no matter how narrowly it is defined, inevitably includes persons who have committed a wide variety of offenses and who experience a wide range of clinical problems.’

‘Thus, a comprehensive treatment program for mentally disordered offenders will have to include both treatments for psychiatric symptoms and treatments that address criminal and violent behavior directly.’

‘Whether the approach to treatment is based on a relapse prevention model or any other model, it is important that the “theory” on which the treatment is based be made explicit. It is also important to identify proximate measures of those factors that will be addressed in treatment (e.g., measures of psychiatric symptoms, coping skills, deviant sexual arousal, and social skills) and to use these measures before and during treatment and maintenance phases. As described by G. D. Gottfredson (1984), over time and over many patients, such an approach will allow an evaluation of the theory upon which the interventions were based, as well as an evaluation of the efficacy of the treatments.’

‘Gendreau (1989) reviewed the factors related to the implementation and maintenance (for at least 2 years) of 52 innovative programs. Most were in correctional agencies. Some of the factors were behavioral principles mentioned above. Some of the other management-level factors that Gendreau concluded were important were the following: (a) The initiation for the program comes jointly from the program designer and the host agency, rather than just from one of these or by being imposed strictly from above; also, program success must be reinforcing to the host agency and staff. (b) The program designer has professional credibility and a history of being associated with successful programs. (c) The funding for the development and implementation of the innovation comes from the host agency or institution; that is, the host agency must bear the financial contingencies for program success or failure. Finally, (d) if the program is in a prison, the program separates the participants from the general population; that is, the counterproductive effects of antisocial models must be eliminated.’

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/>.

Het 'Engelse WODC' heeft een uitgebreide literatuurstudie gedaan naar de effectiviteit van de aanpak van persoonlijkheidsstoornissen. De laatste inzichten hierover kunnen in dit rapport gevonden worden.

Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2005). *Behandelingsstrategieën bij forensische psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

De meeste hoofdstukken in dit boek (onder redactie van Corine de Ruiter) bevatten schetsen van behandelmethoden, geïllustreerd met casuïstiek. Behandelaars in de PPC's kunnen in dit boek ideeën en inspiratie opdoen voor hun eigen werk.

Chakhssi, F., Ruiter, C. de., & Bernstein, D. (2010). *Change during forensic treatment in psychopathic versus nonpsychopathic offenders*. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 660-682.

Bespreekt de behandeling (met name responsiviteit) van psychopaten.

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.

'Given the finding that well-controlled studies against bias, and those which employed random samples had non-significant effects, and studies that were rated as being of higher quality had smaller (although still significant) effects than weaker studies, further research is required.' 8

Dit onderzoek suggereert dat interventies geen significant effect hebben wanneer gemeten wordt met een verzameling van geestelijke gezondheidsmaten ($d = 0.00$). Wanneer echter de losse gezondheidsmaten werden gemeten onthulde dit dat deelnemers significant beter gingen functioneren ($d = 0.20$) en na afloop significant minder symptomen hebben ($d=0.12$). 1

Volgens dit onderzoek, en specifiek Andrews (2000) maken effectieve programma's gebruik van nazorg na vrijlating (continuity of treatment) zodat ook na vrijlating de personen in de gaten gehouden worden en ingegrepen kan worden wanneer symptomen toenemen. 9

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.

Dit artikel begint met een literatuuranalyse over EBT's voor daders met CODs en bespreekt vervolgens de mogelijke uitdagingen om deze behandelingen toe te passen in een justitiële setting (gevangnissen en huizen van bewaring). 431

Er zijn aanwijzingen dat interventies afgestemd op de specifieke behoeftes van de patiënt gedragsproblematiek kunnen verminderen. Door een patiënt te behandelen kan voorkomen worden dat hij zichzelf of anderen iets aan doet, doordat hij de controle behoudt over zijn impulsen (Godley et al., 2000; Lovell et al., 2001). 434

Ook blijkt uit de literatuurstudie dat een behandeling tegen verslavingsproblematiek lange termijn voordelen oplevert, met name wanneer de interne behandeling 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). 436

Bepaalde elementen zijn heel belangrijk in het opzetten van CDT voor daders waaronder:

1. Diensten moeten samenwerken om verslavingsproblematiek en psychische problematiek gelijktijdig te behandelen,
2. Interventies moeten intensief en lang genoeg zijn om rekening te houden met de specifieke behoeftes van daders met CODs,
3. Wanneer het gepast is moet medicatie gebruikt worden,
4. Doorzetten van de behandeling na vrijlating via self-help groepen en steun vanuit de gemeenschap,
5. Groepstherapie, cognitieve gedragstherapie, medicatie management, recidive vermindering, self-help groepen, overgangsplanning, en case management zijn ook veelbelovende interventies voor daders met CODs (Hills, 2000; Sacks, Sacks, & Stommel, 2003; Smith et al., 2002; Wexler, 2003). 437-438

Volgens dit artikel is er duidelijk behoefte aan een breed scala aan geestelijke gezondheidszorg en behandelingen tegen verslavingsproblematiek in het strafrechtstelsel. Er zijn een paar mogelijke manieren om diensten gericht op CODs in deze sector uit te breiden:

- Het ontwikkelen van CDT programma's binnen bestaande gevangnissen en huizen van bewaring. [zie ook de pilot waar dit met succes gedaan is]
- Een andere optie is om behandelplannen aan te bieden afgestemd per persoon met een focus op CODs.
- Er kunnen ook regelingen getroffen worden voor 'in-reach' diensten met professionals uit andere disciplines om CDT aan te bieden of om de beschikbare werknemers te trainen over CODs.

441

Medewerkers die COD gerelateerde diensten aanbieden in het strafrechtstelsel krijgen te maken met personen die verminderd toerekeningsvatbaar zijn, in een systeem waarin de procedures voor deze patiënten onduidelijk zijn (onervaren met psychische problematiek). Daarnaast kunnen bepaalde ethische principes zoals informed consent en de geheimhoudingsplicht van medische hulpverleners mogelijk niet gewaarborgd worden in een strafrecht setting (conflict of interest). COD programma's binnen het strafrechtstelsel moeten beleid en procedures opstellen voor deze groep waarin in-service training en consultatie mogelijkheden, contactpersonen en ethische commissies, en selectieprocedures voor deelnemers zijn opgenomen. 442

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.

Uit dit onderzoek blijkt dat er aanwijzingen zijn dat voortgezette behandelprogramma's (continuity of treatment) voor personen met COD's die terugkeren in de vrije samenleving voordelen op leveren. (Bartels et al., 1995; Jerrell & Ridgely, 1995). 453

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.

In dit onderzoek werd een uitgebreide vragenlijst gebruikt om 20 CDTs te onderzoeken in 13 penitentiaire inrichtingen. 563

Uit dit onderzoek blijkt dat de implementatie van CDTs heeft geleid tot:

- betere samenwerking tussen de gezondheidszorg in penitentiaire inrichtingen en behandelaars in de vrije samenleving
- Meer gebruik van interdisciplinaire medewerkers om 'outreach' en 'case management' aan te bieden. 563

Key Treatment Components (571-573):

- Screening en doorverwijzen,
- Beoordeling,
- Drug Testing,
- Crisis management en gerelateerde diensten,
- Klinische interventies.

Barriers to Effective Program Implementation:

De deelnemers van de vragenlijst beschreven enkele obstakels in de ontwikkeling van de CDT programma's, waaronder:

- De penitentiaire omgeving (somber, strafgericht),
- Coördinatie en samenwerking met andere professionals en diensten,
- Gebrek aan training en ondersteuning,
- Financiering.

578

Uit dit onderzoek blijkt dat veel gevangenen onvoldoende geestelijke gezondheidszorg bieden en onvoldoende ruimte hebben om CDT programma participanten onder te brengen.

Meerdere programma's werden oorspronkelijk belemmerd doordat de participanten samen met de normale populatie werden ondergebracht, waardoor de participanten gepest werden met hun psychische problematiek door de gezonde gedetineerden.

578

Dit onderzoek toonde aan dat de werknemers in meerdere CDT programma's in gevangenen onvoldoende geschoold waren in:

- Groepstherapeutische strategieën,
- Behandeling en management van gedetineerden met ernstige psychische problematiek.

Programma's die om deze redenen van buitenaf professionals inhurden voor de behandelingen hadden daarnaast moeite met het vinden van diensten die ook geïntegreerde en doorlopende behandelingen aanbieden.

578

Ook werd de implementatie belemmerd doordat medewerkers negatieve vooroordelen hebben over gedetineerden met CODs, en sceptisch zijn over het effect van eventuele behandelingen. Daarnaast was er vaak onvoldoende geld beschikbaar om genoeg werknemers in te stellen waardoor het moeilijk was om een uitgebreide en geïntegreerde CDT te bieden. Doordat er onvoldoende medewerkers actief waren was er ook veel sprake van vermoeidheid, burn-out en een hoge turnover (het komen en gaan van werknemers) van werknemers.

Ten slotte bleken patiënten op sommige locaties hun medicatie niet in te nemen (non-compliance). 578

Gevangenis CDT programma's bieden gemiddeld 25 uur per week aan behandelingen, ongeveer 4-5 uur per dag. Dat is ongeveer evenveel als wat geboden wordt door de hulpverlening in 'community residential treatment programs'. CDT programma's bieden een mix van behandelingen tegen recidive, psychische problematiek, en verslavingsproblematiek en zijn veel uitgebreider dan programma's die slechts één aspect behandelen. Ook blijken CDT programma's meestal behandelstrategieën toe te passen die ook in de vrije samenleving gebruikt worden, waaronder

- Op motivatie gerichte strategieën,
- Stapsgewijze behandelingen,
- Een behandelplan die zowel verslavingsproblematiek als psychische problematiek behandelt.

(Mueser & Fox, 1998; Mueser et al., 2003; Osher & Kofoed, 1989; Peters & Hills, 1997). 582

De CDT programma's binnen het strafrechtstelsel gebruikten strategieën om de motivatie en participatie te vergroten, al in de vroege stadia van de behandeling. Meer dan de helft van de CDT programma's rapporteerden bovendien speciale behandelplannen en interventies voor gedetineerden met CODs. Hierbij werd veelal gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie en interactieve technieken gericht op het aanleren van vaardigheden. 584

Morgan, R. D., Flora, D. B., Kroner, J. F. M., Varghese, F., & Steffan, J. S. (2012). *Treating Offenders with Mental Illness: A Research Synthesis*. *Law and Human Behavior*, 36(1), 37-50.

Dit is een meta-analyse van de effectiviteit van behandelingen voor daders met psychische stoornissen. 1

Resultaten voor de algehele gezondheid: er waren k=15 studies met totale gezondheid uitkomstmaten (optelsom van meerdere metingen om een beeld te geven van de gezondheid). 'The random effects weighted mean of these effect sizes was 0.87 (95% CI: 0.64, 1.11)', wat wijst op een sterk positief behandelingseffect op geestelijke gezondheidssymptomen. 10

Coping. Er waren k=6 onderzoeken met uitkomstmaten betreffende een toegenomen inzicht in de eigen problematiek en vaardigheden om te copen met psychische stoornissen. 'The random-effects weighted mean of these effect sizes was 1.32 (95% CI: 0.56, 2.07)', wat wijst op een heel sterk positief behandelingseffect op coping. 11

Aanpassen aan de instelling (regels volgen, etc.) The random-effects weighted mean van de k = 6 was 0.57 (95% CI: 0.34, 0.80), wat wijst op een matig positief behandelingseffect, maar er was ook een matig tot sterk effect in de k = 4 behavioral functioning effect sizes, met een gemiddelde van = 0.78 (95% CI: 0.23, 1.32). 11

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

Wanneer (volgens dit onderzoek) rekening gehouden wordt met de beperkingen en limitaties van de onderzoeksopzet, zijn er aanwijzingen dat de behandeling van verslavingsproblematiek een positief effect heeft op recidive. Er is meer onderzoek nodig om te bepalen of dit effect behouden blijft bij minder vrijwillige behandelingen, en om te bepalen welke aspecten van deze behandelingen effectief zijn. 90

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.

Benoemt en beschrijft key principles van treatment en reentry approaches zowel in een jail als een prison.

Principles of Prison-Based Programs

De belangrijkste elementen van CDT programma's in gevangenissen zijn de volgende: (Hills, 2000; Peters & Hills, 1997; Peters et al., 2004):

- Early intervention, gericht op participatie, motivatie, en het gereedmaken voor behandeling,
- Een uitgebreide aanpak die psychische problematiek, verslavingsproblematiek, criminele denkp patronen en gedragingen behandelt,
- De behandeling afstemmen op de behoeftes van de patiënt door voortdurende observatie en evaluatie,
- Het doorzetten van de behandeling (continuity of treatment) na vrijlating.

371

Implementing and Sustaining Correctional Services for Co-occurring Disorders

Geestelijke gezondheidszorg en diensten tegen verslavingsproblematiek in huizen van bewaringen en gevangenissen worden vaak geregeld in verschillende programma's, verzorgd door verschillende mensen, en gefinancierd door verschillende instanties. Het blijkt moeilijk om een gezamenlijke financiering te bemachtigen, en om de verschillende programma's te integreren.

De nadruk in penitentiaire instellingen ligt op het straffen en het waarborgen van de veiligheid waardoor programma's gericht op herstel en rehabilitatie vaak het eerste geschrapt worden wanneer er bezuinigd moet worden.

Een ander obstakel is het leveren van training om effectief om te gaan met daders met CODs aan de klinische medewerkers en de beveiliging. Ten slotte is er een groot risico op recidive en terugval doordat re-integratie programma's in veel gevangenissen en huizen van bewaring ontbreken. 378

Dit onderzoek doet enkele aanbevelingen voor de ontwikkeling van effectieve programma's en beleidsvoering betreffende CODs in penitentiaire inrichtingen (380-381):

- De ontwikkeling van nieuwe programma's moet met de medewerking van professionals uit meerdere disciplines, vanuit een 'community systems' perspectief.
- Overheidsorganen moeten informatie over evidence-based best practices zo veel mogelijk verspreiden.
- Informatie management systemen binnen behandel en penitentiaire instellingen en bij de reclassering moeten aangepast worden om ook informatie over daders met CODs te delen.
- Er moet landelijk initiatief genomen worden om daders met CODs die vrijgelaten zijn in de gaten te houden; met welke diensten ze te maken hebben, hoe ze op deze diensten reageren, en wanneer iemand opgenomen wordt in een ziekenhuis of recidiveert.

Bestaand onderzoek over uitwijkprogramma's geven geen definitief antwoord op de vraag of programma's en interventies ook bijdragen aan betere resultaten. Onderzoek op daders met CODs moet zich richten op meerdere uitkomstmaten, waaronder ook drugsmisbruik, geestelijk functioneren, het gebruik van hulpdiensten, recidive, opsluiting, en de kosten verbonden met deze resultaten. 381

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.

Dit onderzoek is een review van de ontwikkeling van de diensten gericht op gedetineerden met psychische stoornissen.

‘This paper reports a structured review of the service development and organisational (SDO) research literature focused on prisoners with mental disorders. A large number of databases were searched, using a combined free-text and thesaurus approach. Papers were included if they had been published since 1983, were written in English, and contained research findings. Commentaries or descriptions of local service innovation were excluded. In all, 103 papers were identified that met all criteria; these were divided into 13 categories (e. g. screening, 18 papers; professional roles, 13 papers). The paper concludes that there is a clear need to consider commissioning SDO research for offenders in England and Wales in a coherent programme.’

Pomp, E. (2009). *Het Good Lives Model. Een literatuurstudie*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Verkregen van <http://www.efp.nl/afgeronde-projecten>.

‘Het Good Lives Model (GLM) is een aantal jaren geleden ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechtelijke interventies die gebaseerd zijn op het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model. Het RNR model vormt tot op heden de basis van de meeste rehabilitatie en behandelingsprogramma’s voor delinquenten en is vooral gefocust op risicomanagement en terugvalpreventie. Het RNR model en het GLM zijn beide zorgvuldig ontwikkelde interventiemethoden. Daar waar het RNR model zich voornamelijk richt op het voorkomen van risicogedrag, vraagt het GLM meer aandacht voor positieve factoren. Het versterken van positieve factoren draagt bij aan het voorkomen van terugval in risicogedrag.’ 3.

‘Tot slot kan gesteld worden dat het RNR model en het GLM elkaar lijken aan te vullen: het RNR model is het sterkst daar waar het GLM hiaten vertoont en omgekeerd. Een constructieve samenwerking tussen de twee modellen lijkt daarmee van belang bij de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten (Braet, 2008).’ 8.

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>.

‘In juni 2009 verstrekke het Ministerie van Justitie de opdracht voor een eerste zorgprogramma voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg.’ 11.

‘De beveiliging van de maatschappij staat bij deze patiënten voorop. Pas daarna komt de zorg aan bod. Deze patiënten zijn al voor hun daden veroordeeld en hebben ook hun detentie al ondergaan. Zij zijn ook al behandeld voor hun stoornissen, maar met onvoldoende resultaat als het gaat om delictrisico. Daardoor leveren zij ernstig gevaar op voor het leven en welzijn van derden. Deze patiënten zijn bovendien niet plaatsbaar in de reguliere GGZ, omdat daar de vereiste beveiliging niet kan worden geboden.’ 27.

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

‘Het zorgprogramma heeft meer het karakter van een richtlijn, een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de klinische praktijk. Beslissingen over de daadwerkelijk toe te passen zorg vallen onder de verantwoordelijkheid van de forensische behandelcentra (c.q. de individuele hulpverlener). Dit zorgprogramma is daarbij bedoeld als ondersteuning.’ 7

‘Professionals, werkzaam in het forensische werkveld, zijn samengebracht in drie werkgroepen, voor de drie onderdelen Diagnostiek, Behandeling en Resocialisatie. De werkgroepen hebben gebruik gemaakt van het werk dat in een aantal instituten en inrichtingen in de voorgaande jaren op het gebied van zorgprogrammering is verricht. Reeds aanwezige, relevante rapporten en documenten zijn gebruikt: ‘Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische kwetsbaarheid’ van het Trimbos-instituut (Verburg and Boerema 2004), ‘Multi-disciplinaire richtlijn Schizofrenie’ (GGZ 2005), een literatuuronderzoek (Harte, 2008) en de beschikbare zorgprogramma’s van verschillende forensisch psychiatrische behandelcentra. De totstandkoming van dit zorgprogramma is aldus het resultaat van het gezamenlijke gedachtegoed vanuit het forensische werkveld, aangevuld met de laatste stand van de wetenschap.’ 7

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

In dit artikel wordt onderzocht welke methoden en modellen van TC’s een bijdrage kunnen leveren aan, en geïntegreerd kunnen worden in, de behandeling van gewelddadige daders in de gevangenis. 384

Om daders te behandelen moeten programma’s gericht worden op de ‘criminogenic needs’. Op welke manieren beïnvloeden TC modellen de huidige behandelingsdoelen? In hoeverre is de omgeving waarin de rehabilitatie plaats vindt belangrijk voor de behandeling? Hoe makkelijk is het om een TC in een gevangenis op te zetten zonder dat de behandeling wordt aangetast? 384

Het TC model heeft overeenkomsten met o.a. het ‘Good Lives Model’ (Ward & Stewart, 2003). Deze ziet ‘criminogenic needs’, oftewel dynamische risicofactoren als interne en externe obstakels die het verkrijgen van ‘primary human goods’ in de weg staan. 384

Er is geen empirische manier om te onderzoeken of de omgeving waarin een behandeling plaats vindt een effect heeft op de behandeling. Toch is het duidelijk dat gevangenisnormaal gesproken niet zijn ingericht voor therapieën. Onderzoek naar de ervaringen van gedetineerden toont aan dat ze veelal niet te spreken zijn over de stemming binnen gevangenis. Zo voelen ze dat ze gefaald hebben, dat ze machteloos zijn, geen eigen identiteit meer hebben, dat ze altijd bekeken worden, dat hun gedrag te veel gereguleerd wordt, en ze maken zich zorgen om hun eigen veiligheid (Quirk & Lelliot, 2002; Toch & Adams, 2002; Zamble & Porporino, 1990). Deze ervaringen zouden een effectieve therapie en rehabilitatie van gevangenis programma’s tegenwerken. 385

Wexler (1997) geeft aan dat TC programma’s enkel kunnen werken als ze een eigen ruimte krijgen binnen de gevangenis, als er een goede werkrelatie ontstaat tussen de behandelaar en de gedetineerde, en als de behandeling ook na vrijlating wordt doorgezet. Daarnaast moeten de gedetineerden gemotiveerd zijn, en moeten de behandelaars gemotiveerd en goed opgeleid zijn. Ook moeten er verschillende programma’s aangeboden worden die lang genoeg duren om gedrag te veranderen. Deze TC programma’s in gevangenis stuiten vaak op praktische problemen, bijvoorbeeld doordat de dagelijkse behandelingen rekening moeten houden met de dag planning van de gevangenis (etenstijd, veiligheidsprocedures, etc.). Ook worden behandelmogelijkheden beperkt door een tekort aan gevangenis personeel (Jones, 1997). Omdat TC’s extra kosten met zich mee brengen kunnen ze door het gevangenis personeel ook gezien worden als een ‘parasiet’ die niet bijdraagt aan de functie van de instelling (Woodward, 2007). Ook kan de behandeling beperkt worden doordat de veiligheid binnen de instelling belangrijker wordt geacht dan de behandeling (Wexler 1997, 179). Dit feit moet geaccepteerd worden door de behandelaars om een TC in een gevangenis toe te passen. Toch concludeert Wexler dat de belangrijkste elementen; ‘community as method’ en ‘member feedback’ ook in een gevangenis toegepast kunnen worden. 385

Robertson, P., Barnao, M., & Ward, T. (2011). *Rehabilitation frameworks in forensic mental health*. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 472-484.

Dit is een literatuurstudie over de huidige rehabilitatie strategieën binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie evaluatie en behandel strategieën:

1. Risk/Needs/Responsivity (RNR),
2. Therapeutische modellen gericht op individuele psychopathologie,
3. Strength-based modellen (positieve psychologie).

De auteurs concluderen dat strength-based modellen zoals het Good Lives Model (GLM) theoretische en praktische voordelen hebben tegenover de andere twee strategieën. 472

RNR komt uit de penitentiaire setting, en heeft als toevoeging psychische problematiek als extra risico factor. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het RNR model bij een forensische doelgroep. RNR heeft enkele goede eigenschappen zoals een rehabilitatie theorie, expliciete behandel doelstellingen, en duidelijke filosofische en ethische grondbeginselen. Het heeft echter ook enkele tekortkomingen; waaronder een gebrek aan theoretische onderbouwing, een beperkte beschrijving van de etiologie en hoe verandering tot stand komt, en beperkte aandacht voor de motivatie, attitudes en interpersoonlijke aspecten van behandeling. 477

Er is zeer weinig onderzoek gedaan naar de behandeling van psychische stoornissen in een forensische setting. Slechts zeer weinig programma's zijn specifiek ontworpen om psychiatrische en persoonlijkheidsproblematiek te behandelen bij daders. De meeste behandelingen voor psychische problematiek zijn gebaseerd op onderzoek naar patiënten die geen misdaad hebben gepleegd, binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Er wordt dan ook verondersteld dat de behandeling van psychische problematiek bij gedetineerden niet anders is dan de behandeling van reguliere patiënten. Deze veronderstelling is echter onvoldoende onderzocht. 479

De GLM-FM is een strength-based, klantgerichte aanpak die een humanistische behandel-methode toepast om zo de maatschappij te beschermen. Een ethisch verantwoorde, effectieve aanpak moet volgens de auteurs expliciet aandacht besteden zowel aan de belangen van de daders als aan de veiligheid van de samenleving. Door de strength-based beginselen van het GLM-FM is deze perfect gepositioneerd tussen deze twee doelstellingen. Volgens de auteurs zou het Good Life Model-FM met verder onderzoek en ontwikkeling geschikt kunnen zijn als rehabilitatie model om de huidige leemte in de forensische geestelijke gezondheidszorg op te vullen. 483

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.

Er is een uitgebreid literatuuronderzoek uitgevoerd om de effectieve interventies te identificeren voor het screenen, doorsturen, en behandelen van personen met SMI die met Justitie in aanraking komen. Effectieve interventies zijn o.a.:

- Crisis Intervention Teams (Teller et al. 2006),
- Case Management Interventions (Loveland and Boyle 2007),
- Mental Health Courts (McNiel and Binder 2007).

Er zijn ook effectieve interventies gericht op het behandelen in detentie (Chandler and Spicer 2006), en op recidive preventie na vrijlating met behulp van Assertive Community Treatment Teams (Morrissey et al. 2007). 440

De screening en behandelmethodes voor personen met SMI in de gevangenis zijn geëvalueerd in het laatste rapport van de Criminal Justice/Mental Health Consensus Project (Council of State Governments Justice Center 2002). Vanuit deze evaluatie worden enkele aanbevelingen gedaan:

1. Screen alle gevangenen op mental illness met behulp van een gestandaardiseerd meetinstrument en een getrainde onderzoeker,
2. Positieve diagnoses moeten leiden tot een doorverwijzing naar een geestelijke gezondheidszorg professional of een uitgebreidere evaluatie,
3. Screening protocollen moeten ook het risico op suïcide vaststellen,
4. De uitwisseling van informatie tussen de gevangenis en de zorginstellingen moet bevorderd worden,
5. De gevangenis/huis van bewaring moet zelf in-house crisis interventie en stabilisatie mogelijkheden hebben,
6. Personen moeten geholpen worden met het innemen van antipsychotica (dat ze het blijven innemen),
7. Wanneer een persoon opgenomen wordt moet direct een plan gemaakt worden voor de vrijlating.

441

Lamberti (2007) heeft een literatuurstudie gedaan naar de beste strategieën om recidive in volwassenen met SMI te verminderen. Hij concludeert dat recidive in deze groep het beste verminderd kan worden door personen te onderwerpen aan behandelprogramma's gericht op risico factoren voor recidive. Deze risico factoren zijn o.a.:

- Verslavingsproblematiek,
- Problematisch of gebrek aan werk,
- Weinig sociale connecties,
- Dakloos zijn,
- Psychotische symptomen.

Een behandelprogramma kan verder alleen effectief zijn als de persoon actief meedoet aan het programma, en ook zijn medicatie in neemt. Een gebrek aan participatie en medicatie heeft invloed op het uiteindelijke criminele gedrag. Om de participatie van personen met behandelprogramma's te vergroten noemt Lamberti drie essentiële elementen:

1. Competent en evidence-based community mental health services,
2. Toegang tot deze diensten,
3. Drang door bijvoorbeeld toezicht in de samenleving voor degenen die niet meewerken.

441

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.

Veel personen met PSMI belanden in het justitiële circuit door drugsgebruik, misbruik, en verslaving. Sinds de 'war on drugs' zijn er zeer veel personen met PSMI gearresteerd simpelweg omdat ze drugs in hun bezit hadden. Uit de literatuurstudie bleek verder dat veel personen met PSMI een co-morbide verslavingsstoornis hebben – een combinatie waardoor ze een hoger risico lopen op arrestatie, recidive, en gevangenisstraffen (Lurigio, 2009; Mueser & Drake, 2007). 68

Deze auteur stelt voor dat dienstverleners hun aandacht richten op het verminderen van criminogene factoren en niet enkel op het behandelen van psychische stoornissen bij personen met PSMI in het strafrechtstelsel. Ook stelt hij voor dat er meer geïnvesteerd wordt in de behandeling van co-morbide stoornissen. Ten slotte raadt hij aan dat er meer financiering komt voor nazorg omdat deze noodzakelijk zijn voor het behouden van behandelingsresultaten en de doorzetting van vooruitgang. 71

SMI op zich leidt zelden tot misdaad, en daarom is het ook onwaarschijnlijk dat enkel het behandelen van psychische problematiek recidive kan voorkomen of verminderen. Personen met PSMI zijn echter wel gebaat bij dezelfde evidence-based cognitieve-gedrags-therapieën die ook het crimineel denken bij 'gezonde' personen beïnvloedt (Landenberger & Lipsey, 2005).

Het integreren van behandelingen tegen verslavingsproblematiek en behandelingen tegen psychische stoornissen is cruciaal om de symptomen bij PSMI te verminderen, en om ze van het criminele pad af te helpen. (Center for Substance Abuse Treatment, 2005; Roskes, Feldman, Arrington, & Leisher, 1999). 75

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

Professionele organisaties, waaronder the American Psychiatric Association, the American Public Health Association on Correctional Health Care, en the American Correctional Health Services Association- hebben richtlijnen en minimum eisen ontwikkeld voor de medische en geestelijke dienstverlening in penitentiaire centra. 16

De elementen die minstens aanwezig moeten zijn voor een adequate mentale gezondheidszorg in penitentiaire centra:

1. Een systematisch en gestructureerd screening en evaluatie programma om gedetineerden met psychische problematiek te identificeren,
2. Een behandeling die uitgebreider is dan het simpelweg afzonderen van de geestelijk zieke gedetineerden en het verzwaren van toezicht,
3. Behandeling uitgevoerd door getrainde professionals uit de geestelijke gezondheidszorg, genoeg medewerkers om gedetineerden te identificeren en te behandelen tegen ernstige psychische stoornissen,
4. Het bijhouden van nauwkeurige, volledige, en vertrouwelijke dossiers van alle uitgevoerde geestelijke gezondheidszorg,
5. Een programma gericht op het voorkomen van suïcide,
6. Verantwoord gebruik van psychotrope medicatie (voorschrijven van medicatie door getrainde medewerkers voor de behandeling van bona fide geestelijke stoornissen, en niet enkel om gedrag te beïnvloeden.

Ruiz v Estelle, 503 F Supp 1265 (SD Tex 1980). 16

In 'jails' (huizen van bewaring) ligt de nadruk op het snel identificeren van psychische stoornissen, assessment, en stabilisatie. In gevangenis worden voorbereidingen getroffen voor crisis interventie, en zijn er behandel programma's voor eigen gedetineerden, en in- en outpatient psychiatrische zorg. 16

Noodzakelijke elementen van een programma gericht op het voorkomen van suïcide in een penitentiaire inrichting:

- Training van de medewerkers zodat ze verbale en fysieke indicaties van een verhoogd risico op suïcide herkennen, en hiermee om kunnen gaan,
- Identificatie van mogelijk suïcidale gedetineerden,
- Doorverwijzing naar de geestelijke zorgverlening of andere diensten,
- Evaluatie door een gekwalificeerde professional,
- Opvang in een 'safe area' van de inrichting,
- Behandeling die ingaat op de oorzaak of redenen van de suïcidale gedachten,
- Organiseren van toezicht procedures voor de monitoring en documentatie,
- Organiseren van communicatie tussen de gezondheidszorg en penitentiaire medewerkers,
- Organiseren van interventie procedures om suïcide pogingen te verijdelen (medische interventie om bijv. Bloeden te stoppen, etc.),
- Organiseren van notificatie procedures zodat de relevantie autoriteiten, vrienden, en familieleden ingelicht worden over suïcide pogingen,
- Organiseren van procedures om suïcide pogingen te rapporteren,
- Het uitvoeren van een analyse van de bestaande (pogingen tot) suïcide gevallen,
- Bieden van een nabespreking aan betrokken personeel en gedetineerden in het geval van een uitgevoerde suïcide.

National Commission on Correctional Health Care. (2008). *Standards for mental health services in correctional facilities*. Chicago, IL: National Commission on Correctional Health Care.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
(n.d.). <http://www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen/>

Website Nederlandse vereniging voor psychiatrie. Deze website bevat een aantal richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling voor psychiaters, waaronder:

Tilburg, W. van., Veldhuizen, J. R. van., Beijaert, E. W., Ven-Dijkman, M.V. van de., Mulder, C. L., Schulte, P. F. J., Sikkens, E. P. K., Tholen, A. J. (2008). Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling. Utrecht: NwvP/De Tijdstroom. Verkregen van www.nvvp.net.

‘Deze richtlijnen zijn geen standaard die in alle omstandigheden van toepassing verklaard kan worden. Standaarden zijn dwingend en men dient er in principe niet van af te wijken. Van richtlijnen mag in individuele gevallen, mits beredeneerd, afgeweken worden. Ze zijn bedoeld om rationeel klinisch handelen te ondersteunen.’

Wits, E. G., Kaal, H. L., & van Ooyen-Houben, M. M. J. (2011). *Zorg voor justitiabelen met triple-problematiek*. Verslaving, 2, 19-29.

‘De groep justitiabelen met een combinatie van problematisch middelengebruik, psychische stoornissen en een licht verstandelijke beperking is in Nederland nog nooit expliciet onderwerp van onderzoek geweest. Dit artikel beschrijft de kenmerken van deze doelgroep en de kenmerken van het zorgaanbod dat deze groep - als alternatief voor detentie - kan worden geboden.’ 19

‘De geraadpleegde experts bevestigen het hiervoor geschetste beeld: ook de doelgroep met triple-problematiek heeft zelf vooral behoefte aan praktische ondersteuning, terwijl professionals van oordeel zijn dat ze met name geholpen moeten worden bij hun verslaving en psychische stoornissen.’ 22-23

‘LVB-problematiek heeft belangrijke implicaties voor de te volgen behandelstrategie (zie o.a. Lutjenhuis & Verberne, in voorbereiding). Bij justitiabelen wordt echter zelden een intelligentietest afgenomen. Behalve afname van een IQ-test dient men daarvoor beperkingen van het aanpassingsgedrag vast te stellen, maar in detentie is dit moeilijk. Er zijn dan ook geen Nederlandse praktijken of studies bekend waarin dit succesvol is gedaan (Kaal, 2010).’ 23

‘Zowel in detentie als in de opvang en zorg moet veel aandacht worden besteed aan de motivatie van cliënten, door een motiverend klimaat te scheppen en door het aanbod zorgvuldig af te stemmen op de behoeften van de cliënt. Motiverende gespreksvoering is een bij de LVB-doelgroep beproefde methodiek (Mendel & Hipkins, 2002; Miller & Rollnick, 2002).’ 24

‘Aangezien binnen de doelgroep sprake is van een problematiek op meerdere terreinen, is een geïntegreerd, omvattend zorgaanbod nodig, bijvoorbeeld voor het aanleren van praktische vaardigheden (bijv. op het gebied van financiën, wonen), sociale vaardigheden (bijv. weerbaarheid) en voor behandeling (gezondheid, verslaving, psychische stoornissen). De voor LVB'ers aangepaste zorg is soms echter toch nog te moeilijk voor de doelgroep.’ 24

‘Voor de doelgroep is een blijvende steunstructuur nodig. Continuïteit, ook na afloop van een bijzondere voorwaarde en over de grenzen van het justitiële kader heen, is dan ook van groot belang. Deze continuïteit wordt nu vaak belemmerd door de verschillende financieringsvormen en indicatiestellingsprocedures. Volgens de geraadpleegde experts zal voor een deel van de doelgroep zelfstandig wonen mogelijk zijn, maar alleen met 24-uursinbedding en wanneer er gezorgd wordt voor een goede dagbesteding en nauwe samenwerking tussen zorg en begeleiding.’ 25

Vandevelde, 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.

Blackburn (2004) heeft het over vijf belangrijke aspecten van een behandeling in de forensische setting:

- Het belang van persoonsgerichte behandeling,
- Met een focus op meerdere componenten,
- Aandacht voor een voortgezette behandeling (continuity, nazorg),
- Gestructureerde behandelprogramma en diensten voor de doorplaatsing,
- Meer onderzoek.

Daarnaast bespreken McNerny en Minne (2004) drie problemen voor de behandeling van daders met psychische problematiek:

- De veiligheid tijdens de behandeling,
- Het uitvoeren van een gepaste behandeling voor de gediagnosticeerde stoornis,
- De complexiteit van de benodigde diensten en de mogelijk lange duur van de behandeling.

Müller-Isberner en Eucker (2006) vullen aan:

- Er moet ook aandacht besteed worden aan criminogenic needs, en niet alleen psychiatrische needs,
- Motivatie om de behandeling te volgen is noodzakelijk.

Adams en Ferrandino (2008) vullen aan:

- De 'therapeutic community approach' is veelbelovend als behandelingsstrategie. 75

Wanneer het gaat om de behandeling van daders met psychische problematiek, is er de vraag wat er precies behandeld moet worden: Afhankelijk van de omgeving van de persoon ligt de nadruk op de psychische problematiek of op het voorkomen van crimineel gedrag. Rice & Harris (1997) stellen echter dat uit onderzoek blijkt dat recidive alleen verminderd kan worden als het behandelprogramma zowel aandacht besteedt aan psychiatrische symptomen als aan crimineel en agressief gedrag. 75

Wits, E. G., Kaal, H. L., & van Ooyen-Houben, M. M. J. (2011). *Zorg voor justitiabelen met triple-problematiek*. *Verslaving*, 2, 19-29.

'Knelpunt is dat de kennis over werkzame interventies voor deze doelgroep (LVB) versnipperd is, er weinig over op papier staat en het beschikbare aanbod in Nederland veelal niet of nauwelijks voor de LVB-doelgroep is onderzocht.'

'Wel zijn in onderzoek de zorgbehoeften van problematische drugsgebruikers in detentie onderzocht. Deze groep heeft vooral behoefte aan praktische ondersteuning bij bijvoorbeeld huisvesting en financiën (Goderie, 2009; Koeter & Bakker, 2007; Van 't Land e.a., 2005; Oliemeulen e.a., 2007). Uit deze literatuur blijkt ook dat professionals deze praktische hulp echter vooral zien als belangrijk middel om de cliënt te motiveren en om een vruchtbare context te creëren voor behandeling. De primaire zorgbehoefte ligt volgens hen bij de verslavings- en psychische stoornissen.'

'LVB-problematiek heeft belangrijke implicaties voor de te volgen behandelstrategie (zie o.a. Lutjenhuis & Verberne, in voorbereiding). Bij justitiabelen wordt echter zelden een intelligentietest afgenomen.'

'Motiverende gespreksvoering is een bij de LVB-doel- groep beproefde methodiek (Mendel & Hipkins, 2002; Miller & Rollnick, 2002). Aandacht voor motivatie is nodig om de kans op in- stroom in de zorg te vergroten en de kans op uitval te verkleinen. De LVB-problematiek vereist daarnaast een aangepaste benadering. Herhaling, visualiseren, oefenen en positieve beloning zijn hierbij kern- woorden (Clerkx & Trentelman, 2007; Degenhardt, 2000; Mutsaers e.a., 2007). De zorg voor LVB'ers moet gericht zijn op het vergroten van zelfvertrouwen van patiënten, zij moet aantrekkelijk en eenvoudig zijn maar niet kinderachtig, en er moet een balans worden gevonden tussen de behoefte aan autonomie en het tegelijkertijd niet kunnen overzien van situaties.'

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.veiligzorgieders-zorg.nl/>.

‘Het onderzoek op basis van de Argusregistratie laat zien dat dwang onvoldoende daalt. De door GGZ Nederland geformuleerde doelstelling van een reductie van separaties met 10 % per jaar wordt landelijk gezien niet gehaald. Het onderzoek laat ook zien dat er grote verschillen zijn en dat een aantal instellingen erin slaagt een de reductie van 10 % over meerdere jaren te bereiken. Deze instellingen hebben gemeen dat ze langdurig inzetten op dwangreductie, dat de projecten instellingsbreed zijn en ook door de gehele organisatie worden gedragen. De betreffende instellingen zien dwangreductie als prioriteit en investeren in beleid en in wetenschappelijk onderzoek. Reductie van separatie conform de doelen van GGZ Nederland is mogelijk, als andere instellingen bereid zijn de lessen van succesvolle projecten over te nemen, en daadwerkelijk te investeren in een integrale aanpak, gericht op fundamentele veranderingen van werkwijzen, structuur en cultuur.’

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.

Dit is een review van de literatuur over EBT bij daders met zowel psychische problematiek als verslavingsproblematiek (CODs) en bespreekt de uitdagingen om deze interventies toe te passen binnen de strafrechtelijke detenties (huis van bewaring, gevangenis). 431

Meerdere gevangenis studies tonen aan dat er meer incidenten zijn met psychiatrische gevangenen dan ‘gezonde’ gevangenen. (DiCataldo, Greer, & Profit, 1995; Jemelka, Trupin, & Chiles, 1989; Lovell & Jemelka, 1998; Toch, Adams, & Grant, 1989).

Ook blijkt dat de straffen die gegeven worden voor deze incidenten de gevangenis veel geld kosten, en de werknemers demoraliseert. (Lovell & Jemelka, 1998).

Dit onderzoek geeft ook aan dat de gevangenen met psychische problematiek een hoger risico lopen op zelfmoord, vaker aangevallen worden door mede gevangenen, en dat hun symptomen en gezondheid vaak achteruit gaan (Rock, 2001). 434

Zwestra, 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). Tilburg: Universiteit van Tilburg.

‘Gaat het bij behandelingen in detentie om klassieke zorg in de zin van het wegnemen van lijden en symptomatologie of om interventies gericht op recidivevermindering? Hoe verhouden deze beide insteken zich tot elkaar?’

‘De resultaten van behandelingsinterventies gericht op recidivevermindering zijn niet eenduidig. Vele onderzoeken kennen methodologische beperkingen. Controlegroepen ontbreken regelmatig. De doelen van de programma’s verschillen vaak. De organisatie, setting, inhoud en intensiteit kunnen sterk variëren en de definitie van succes is vaak niet identiek. Toch kan de vraag of behandeling kan bijdragen aan beperking van de kans op recidive voorzichtig positief worden beantwoord. Het globale effect van dergelijke behandelingsinterventies in detentie wordt door Redondo e.a. (1999) uitgedrukt in het percentage van 12% recidivereductie. Hiervan is sprake als er bijvoorbeeld van de 100 behandelde gedetineerden 44 recidiveren en de 100 gedetineerden in de controlegroep 56. Empirisch onderbouwde, effectieve programma’s kenmerken zich voor de psychotherapeutische aspecten door een duidelijk, veelal cognitief gedragsmatig kader. Ze richten zich op zogenaamde criminogene tekorten als: identificatie van antisociale modellen, zwakke binding met prosociale modellen, moeilijkheden met zelfsturing, gebrek aan interpersoonlijke vaardigheden en afhankelijkheid van alcohol en drugs. Goede programma’s vinden plaats in een duidelijk gestructureerde omgeving waarbij milieutherapeutische overwegingen een rol spelen. Bij gedetineerden met psychotische stoornissen speelt de farmacologische behandeling een centrale rol. Staat bij de ene groep gedetineerden het vergroten van de interne controle door behandeling voorop, voor andere groepen is het vormgeven van externe (justitiële) controle van groter belang. In ieder geval hebben succesvolle interventies een visie op de periode na de behandeling ontwikkeld (Antonowic en Rossi 1994; Gendreau 1996; V.d. Hurk 1998; Lösel 1998; Beenackers 2000).’

Rice, M. E., Harris, G. T., & Cormier, C. A. (1992). *An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders*. *Law and Human Behavior*, 16(4), 399-412.

'The present study was a retrospective evaluation of the efficacy of a maximum security therapeutic community program in reducing recidivism among mentally disordered offenders, some of whom were psychopaths. The study employed a matched group, quasiexperimental design. The results showed that, compared to no program (in most cases prison), treatment was associated with lower recidivism (especially violent recidivism) for nonpsychopaths and higher violent recidivism for psychopaths. The clinical and research utility of Hare's Psychopathy Checklist was strongly supported.' 48

'For the 46 treated matched psychopaths (with opportunity to fail) and their comparison subjects, the rates of overall recidivism were 89% and 81% respectively ($X^2 < 1$). The corresponding rates of violent recidivism were 78% and 55%, $X^2(1, N = 92) = 5.49, p < .05$. These results suggest that, especially for violent failure, the therapeutic community treatment was associated with poorer outcome for psychopaths. There was, in the case of violent failure, an interaction of treatment with psychopathy upon recidivism such that treatment was associated with lower recidivism for nonpsychopaths but higher recidivism for psychopaths. A log-linear analysis yielded $X^2(1, N = 285) = 9.92, p < .002$ for the interaction.' 54

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.

'Preliminary research from the Turning Point program indicates that program completers are less likely to be reincarcerated following release, in comparison to the general inmate population (Field, 1995; Research Unit, Oregon Department of Corrections, 1996). Program graduates were also found to have lower rates of criminal activity and drug use following treatment, relative to a comparison group.' 454

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.

'Given the finding that well-controlled studies against bias, and those which employed random samples had non-significant effects, and studies that were rated as being of higher quality had smaller (although still significant) effects than weaker studies, further research is required.' 8

'A meta-analytic review was undertaken to consider the effectiveness of interventions for criminally involved adults with a mental disorder targeting either improved criminal justice or mental health outcomes. Results assuming a fixed-effects model combining 37 effect sizes from 25 studies ($N = 15,678$) support the effectiveness of these interventions in terms of reductions in any CJS involvement ($d = 0.19$ excluding one outlier).' 1

'In terms of criminal justice outcomes, significant positive effects were seen on all outcomes except for breaches of release conditions (which were more common among intervention participants, $k = 4, N = 573, d = -0.81, 95\% \text{ CI } [-1.25, -0.38]$) and convictions (for which the positive effect approached statistical significance, $k = 6, N = 786, d = 0.17, 95\% \text{ CI } [-0.01, 0.34]$).' 5

'It is particularly noteworthy that involuntary interventions did not have a significant effect on criminal justice reinvolvement (and in fact were marginally negatively related to recidivism rates).' 9

Morgan, R. D., Flora, D. B., Kroner, J. F. M., Varghese, F., & Steffan, J. S. (2012). *Treating Offenders with Mental Illness: A Research Synthesis*. *Law and Human Behavior*, 36(1), 37-50.

‘The purpose of this research synthesis was to examine treatment effects across studies of the service providers to offenders with mental illness. Meta-analytic techniques were applied to 26 empirical studies obtained from a review of 12,154 research documents.’ 1

‘Criminal and Psychiatric Recidivism. Results of this review produced mean ESs that were inconclusive for both recidivisms: psychiatric and criminal. The random-effects weighted mean effect size for the three studies investigating psychiatric recidivism was 0.42 (95% CI: -0.84, 1.69), whereas the random-effects weighted mean of the four ESs for criminal recidivism was 0.11 (95% CI: -0.47, 0.69). Although the random-effects weighted mean ES is greater than zero for both of these outcomes, because the associated confidence intervals include zero, we cannot conclude that the treatments in these studies lead to improved psychiatric or criminal recidivism.’ 11

‘Although results were statistically inconclusive with regard to effects on criminal or psychiatric recidivism, this review suggests that positive treatment effects, including large treatment effects, can be achieved with OMI. Specifically, the results of this empirical and structured review indicated the literature consistently presented improvement across a range of variables including symptom-focused problems, as well as more general behavioral functioning for OMI in treatment programs as compared to OMI in control groups.’ 12

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.

Dit artikel kent meerdere stappen:

1. De huidige programma's (zowel vanuit justitie als GGZ) worden geëvalueerd (tabel 1 & 2),
2. Er wordt een verklaring gegeven voor het gebrek aan recidive vermindering: Het huidige model (criminaliseren van mental illness) werkt niet,
3. De elementen van een mogelijk nieuw model worden uiteengezet (gebaseerd op factoren die recidive beter zouden voorspellen dan mental illness),
4. Het nieuwe model Moderated Mediation Effect of Mental Illness on Criminal Behavior wordt beschreven,
5. Er worden aanbevelingen gedaan om de invoering van dit model mogelijk te maken,
6. De werking in de praktijk van dit model wordt beschreven (figuur 3).

'In this article, we use research to evaluate (a) the effectiveness of current interventions, and (b) the larger viability of psychiatric, criminological, and social psychological models of the link between mental illness and criminal justice involvement.' 110

'First, there is, at best, mixed evidence that these programs as a whole reduce recidivism.'

'Second, the evidence base seems the weakest for the mental health-based models (FACT, FICM) and for jail diversion programs, which vary substantially, but also tend to rely heavily on case management.' 114

'Third, the evidence for recidivism reduction is mixed, but not quite as weak for criminal justice-based models that emphasize supervision by specialized courts or probation officers.' 114

'Possible explanations for the lack of results: Failure of the current policy model.'

'One possibility is that programs vary in their fidelity to the basic policy model. Our review revealed no direct evidence for this model, i.e., that recidivism reduction is mediated by mental health services or symptom improvement.' 114

'Second, there is no evidence for the current model's implied link between symptom control or reduction and reduced recidivism. Based on over 1,000 participants in a multi-site jail diversion study, Steadman, Dupius, and Morris (2009) found that no significant relationship between symptom reduction and the number of re-arrests over time.' 114

'Although some programs reduce recidivism, there is no evidence that they do so by linking individuals with evidence-based psychiatric treatment or by achieving symptom reduction.' 114

Huidige model werkt niet omdat het zich richt op het verminderen van psychiatrische symptomen terwijl er geen bewijs is dat het verminderen van deze symptomen ook recidive vermindert.

'The way forward: A new model instead of criminalization of mental illness.'

'We believe that the most promising path toward improving outcomes for this population will require an explicit revision of the current policy model. A viable explanation for the failure of modern programs to consistently meet their policy goal is that the criminalization hypothesis does not fully account for the link between mental illness and crime. In fact, there is little evidence that the risk of incarceration has uniquely increased for those with mental illness.' 116

>>

>>

'First, although the criminalization hypothesis posits that violence is typically the product of untreated psychosis or psychiatric deterioration in this population (see Torrey et al., 2002), available evidence suggests the opposite. As a whole, a large body of research indicates that "risk of violence is modestly elevated for people with mental disorder, particularly those who misuse substances" (Silver, 2006, p. 685). Still, most people with mental illness are not violent, most violent offenders are not mentally ill, and the strongest risk factors for violence (e.g., past violence) are shared by those with- and without- mental illness (see Link & Stueve, 1995; Monahan et al., 2001; Mulvey, 1994; Walsh, Buchanan, & Fahy, 2002).'

'Second, there is little evidence that offenders with mental illness recidivate because of (uncontrolled) symptoms or other clinical factors (e.g., Callahan&Silver, 1998; Monson, Gunnin, Fogel, & Kyle, 2001; Phillips et al., 2005). In a meta-analysis of 58 prospective studies of offenders with mental illness (70% with schizophrenia), Bonta et al. (1998) found that clinical variables (e.g., diagnoses, treatment history) did not meaningfully predict a new general offense ($r = -.02$) or a new violent offense ($r = -.03$). Instead, the strongest predictors of a new violent offense ($r = .20$) were antisocial personality, juvenile delinquency, criminal history, and employment problems.' 117

'Third, there are suggestions that this population's disproportionate risk may be based on their having even more general risk factors for recidivism than their relatively healthy counterparts. The Levels of Services Inventory/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews, Bonta, & Wormith, 2004) assesses eight robust risk factors for recidivism. Based on a matched sample of 221 parolees with- and without- mental illness, Skeem et al. (2008) found that those with mental illness obtained significantly higher scores on the LS/CMI ($g = .20$), particularly on the antisocial pattern subscale (e.g., early or diverse criminal behavior, criminal attitudes, pattern of generalized trouble).' 117

'The latter findings are consistent with the social/personality perspective that these offenders are at risk not because they are mentally ill, but because they disproportionately experience key factors (e.g., antisocial pattern) that proponents believe establish and maintain ongoing criminal activity (Bonta et al., 1998).'

'The new model: Moderated Mediation Effect of Mental Illness on Criminal Behavior.'

'As shown in Fig. 1, the criminalization hypothesis and current policy focus suggest that there is a direct relationship between mental illness and criminal behavior. This model may apply to a small subgroup of offenders with mental illness (perhaps one in ten). Also shown in Fig. 1, the alternative models (e.g., criminological and social/personality) suggest that the relationship between mental illness and criminal behavior is fully mediated by a third variable (e.g., poverty, social learning) that establishes general risk factors for crime. This model may apply to the vast majority of offenders with mental illness. Based on available evidence, then, we propose that the effect of mental illness on criminal behavior is one of "moderated mediation" (Baron & Kenny, 1986). That is, whether the effect is mediated or direct varies across subgroups of offenders with mental illness; although the effect is usually indirect, it depends on the subgroup to which an offender belongs.' 118

'What needs to be done to adopt this new model.'

'Priority #1: Identifying Offenders for Whom Mental Illness Directly Causes Criminal Behavior Research and Policy Development. For perhaps one in ten offenders in this population, the covariation between their most visible status (mental illness) and present state (justice involvement) is not merely an illusory correlation. For this subgroup, the current policy emphasis on linkage with psychiatric services should go far in preventing new victims and new arrests.' 120

>>

‘Priority #2: For the Vast Majority, Expanding the Focus to Incorporate—or to Explicitly Identify—Evidence-Based Corrections. Contemporary policy is likely to have a limited effect on recidivism for the large subgroup of offenders for whom the relationship between mental illness and criminal behavior is indirect. Two directions hold particular promise for arriving at a coherent policy model for this group: (a) adapting existing evidence based correctional programs to the abilities of these offenders and evaluating their effectiveness, and (b) isolating the ingredients of existing programs that reduce recidivism.’ 120

‘Priority #3: Assessing and Addressing System Bias. Thus far, we have presented priorities for better responding to individuals to reduce criminal behavior. These efforts must be complemented by an effort to assess and address the role that system bias can play in “recidivism” where there is no criminal behavior. The proposed model posits that the relation between mental illness and supervision failure is partially mediated by system bias. When they are behaving no worse than offenders without mental illness, it seems inappropriate to use incarceration to achieve social control over offenders with mental illness, regardless of whether this is motivated by fear or paternalism. It is important to remain mindful of our tendency to more closely watch offenders with mental illness and to more forcefully respond to their behavior. Even if evidence-based strategies in mental health and corrections are ideally matched to subgroups of offenders with mental illness, these individuals will continue to “fail” as long as we maintain an unusually high threshold for their success.’ 122

‘What the new model would look like in practice’

‘As shown in Fig. 3 (adapted from Prins & Draper, 2009), an offenders’ constellation of criminogenic risk and clinical impairment can inform sentencing and supervision in a manner that references the strongest evidence for addressing these often-different problems. For those at considerable risk for recidivism, evidence-based correctional principles should help reduce that risk. For those with pronounced clinical impairment, evidence-based mental health practices like IDDT, supported employment, supported housing, or even ACT should help reduce hospitalization, symptoms, or employment or housing problems (for a review, see Osher & Steadman, 2007). This model reserves the most intensive supervision and treatment resources for those with the greatest criminogenic risk and clinical need. For low-risk, low-need individuals, “good enough” supervision practices and psychiatric treatment in the community should suffice. Although these propositions rest on sound bases of evidence at present, their effect “in tandem” must be tested in future research.’ 122

Rotter, M., & Carr, W. A. (2011). Targeting Criminal recidivism in Mentally Ill Offenders: Structured Clinical Approaches. *Community Mental Health Journal*, 47(6), 723-726.

‘Evidencebased practices with track records of effectiveness in treating mental illness and co-occurring substance abuse, while important clinically, do not necessarily address criminal recidivism. Addressing recidivism, therefore, may require a more targeted criminal justice focus. In this paper, we describe recent challenges to decriminalization approaches and review factors associated with recurrent criminal behavior.’ 723

‘Although connecting individuals with mental illness to appropriate and effective community care is clearly a good in and of itself, the failure of traditional case management and clinical services to fully address criminal justice recidivism in the mentally ill offender population raises fundamental questions about the causes underlying the overrepresentation of the mentally ill in the criminal justice system. At the same time, however, it also represents a challenge to providers to adopt and adapt best practices that may be ultimately more effective in decriminalizing the mentally ill. These practices include criminal justice-focused, mandated community case management such as probation officers with specialized caseloads and mental health courts as well as the criminal cognition and behavior-focused structured clinical interventions described above. Recidivism focused CBT programming is an established and evidenced based approach in offenders without mental illness. As noted above, recidivism focused CBT is applicable to the justice involved mentally ill and, thus far, preliminary client feedback and outcome studies are promising.’ 725

‘Recidivism focused CBT intervention requires more than an emphasis on just feeling better; there needs to be specific attention to interpersonal skills and acceptance of community standards for responsible behavior (Milkman and Wanberg 2007). While these interventions were originally developed for a general offender population, they may be an appropriate intervention for the justice involved mentally ill because the structured, problem behavior targeted approach may suit the learning style of the mentally ill and can target specific criminogenic needs that are present in this population as well (Rosenfeld et al. 2007).’ 724

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.

‘Abstract: Jail diversion and forensic community treatment programs have proliferated over the past decade, far outpacing evidence regarding their efficacy. The current study reports findings from a randomized clinical trial conducted in California for frequent jail users with serious mental illness that compares a forensic assertive community treatment (FACT) intervention with treatment as usual (TAU). Outcomes are reported at 12 and 24 months post-randomization for criminal justice outcomes, behavioral health services and costs. At 12 months, FACT vs. TAU participants had fewer jail bookings, greater outpatient contacts, and fewer hospital days than did TAU participants. Results of zero-inflated negative binomial regression found that FACT participants had a higher probability of avoiding jail, although once jailed, the number of jail days did not differ between groups. Increased outpatient costs resulting from FACT outpatient services were partially offset by decreased inpatient and jail costs. The findings for the 24 month period followed the same pattern. These findings provide additional support for the idea that providing appropriate behavioral health services can reduce criminal justice involvement.’

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders; A meta-analysis*. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.

De ‘What works’ principes (risk-need-responsivity) blijken ook te gelden in de behandeling van zedendelinquenten: hoe meer met deze principes rekening wordt gehouden hoe groter de effecten op recidive.

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

'Agressieve mannen worden behandeld in verschillende behandelsettings. De belangrijkste behandelsettings zijn de forensische behandelcentra en de reguliere ggz. Een belangrijk verschil tussen deze twee behandelsettings is dat behandeling die in de forensische setting plaatsvindt opgelegd is door justitie en dat behandeling in de reguliere ggz vaak zonder dwang vanuit justitie plaatsvindt. Dit verschil kan een aantal consequenties hebben voor de behandeling. De mate van vrijwilligheid en daarmee samenhangend de motivatie is bij de reguliere ggz mogelijk groter, maar het justitiële kader binnen de forensische setting kan ook dienen als een stok achter de deur en zo bijdragen aan (externe) motivatie.' 11

'In een onderzoek naar de forensische behandeling van delinquenten stelden Andrews e.a. (1990) in hun zogenoemde *Psychology of Criminal Conduct* op basis van literatuuronderzoek dat behandelingen effectiever zijn naarmate ze meer voldoen aan de volgende principes, de 'what works'-principes:

- Risicoprincipe: de intensiteit van de behandeling moet worden aangepast aan het recidiverisico van de betreffende persoon. Bij een hoger risico zal een langere of intensievere behandeling geïndiceerd zijn.
- Behoeftepincipe: de behandeling moet zich richten op verandering van de veranderbare risicofactoren van de individuele cliënt, dat wil zeggen onderdelen uit de risicotaxatie die te beïnvloeden zijn. (Het verleden is niet te beïnvloeden, maar bijvoorbeeld verslaving wel.)
- Responsiviteitsprincipe: dit houdt in dat de behandeling moet worden aangepast aan de leermogelijkheden van de cliënt.
- Behandelingsintegriteitsprincipe: hiermee wordt bedoeld dat behandelingen alleen maar werken als de behandelaars ook daadwerkelijk doen wat ze volgens het model moeten doen, en als daar voldoende controle op is door het voortdurend evalueren van de effecten van de behandelingen.' 12-13

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

'As expected, the number of previous convictions significantly increased risk of reoffending. Immigrant background did not alter the risk, but the individuals in the higher age span were at lower risk of reoffending. A violent index crime significantly increased the risk of reoffending into violent crimes (HR 1.837). Of interest is the increased hazard ratio for violent crimes among those that had any kind of emergency treatment within four weeks prior to reoffending (HR 1.802).' 87

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.

Uit dit onderzoek blijkt dat alcohol gebruik samen hangt met gewelddadig recidive bij personen met psychische problematiek, ook na het afronden van een behandeling. Dit komt overeen met eerdere bevindingen dat gewelddadig gedrag vaker voorkomt bij co-morbide stoornissen (Borum et al., 1997; Hodgins et al., 1999; Modestin & Wuermler, 2005; Rice & Harris, 1995). De auteurs beweren verder dat alcohol gebruik ook samenhangt met gewelddadig recidive, en de beste voorspeller is. Behandeling van de dubbele diagnose psychische problematiek + verslavingsproblematiek moet dan ook beide aanpakken. (Braddock et al., 2002). Aangeraden wordt om een fulltime specialist binnen de penitentiaire instelling te plaatsen voor de behandeling gericht op recidivevermindering bij co-morbide stoornissen. 111

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.

Volgens deze auteurs moet er veel aandacht besteed worden aan de 'criminogenic needs' van daders om penitentiaire programma's te laten slagen. Deze programma's moeten evidence-based zijn. Programma's die geen duidelijk doel stellen, daders niet goed classificeren, geen goede theoretische onderbouwing hebben, of geen maatregelen treffen tegen terugval en recidive, hebben volgens de auteurs geen kans van slagen.

De auteurs constateren dat steeds vaker de samenwerking tussen de penitentiaire diensten en de algemene diensten als uitkomstmaat genomen wordt. Ze herinneren de lezer eraan dat de samenwerking weliswaar belangrijk is, maar geen vervanging kan zijn voor de meting van recidive als uitkomstmaat gezien de populatie waar het om gaat.

Ten slotte bespreken de auteurs dat wetenschappelijk bewijs gebruikt moet worden in het samenstellen van behandelprogramma's, mits we willen voorkomen dat ze steeds punitiever worden. Als de mening overheerst dat behandelprogramma's niet werken terwijl ze in feite alleen niet goed ontworpen zijn, of niet goed zijn ingevoerd, kan het sociale klimaat verder verschuiven naar vergelding in plaats van behandeling. 23

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.

Uit dit onderzoek blijkt dat MHCs recidive verminderen met een effect grootte van -0.54 wanneer gebruik gemaakt wordt van Cohen's effect size richtlijnen (Cohen, 1988). Dit suggereert dat MHCs matig effectief zijn om recidive te verminderen. Ook blijkt uit dit onderzoek dat MHCs ook klinische effecten kan hebben, wat bleek uit de GAF scores. Het zou dan ook geschikt kunnen zijn voor de behandeling van symptomen. 18

In dit onderzoek werd getracht om empirisch aan te tonen of MHCs wel of niet effectief zijn om recidive te verminderen en om klinische uitkomsten te verbeteren. Uit de resultaten bleek dat MHCs een effectieve interventie zijn. Bij MHCs worden personen niet gezien als criminelen, maar als personen die leiden aan een stoornis en die daardoor niet in staat zijn zich te houden aan de wet. MHCs zijn vooral belangrijk omdat ze de personen een kans geven te rehabiliteren, om zo een nieuw leven op te bouwen. 19

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-patienten.aspx>.

'In een vorig onderzoek (Cahier 2006-2) waren alleen studies betrokken waarin expliciet werd vermeld dat het ging om plegers van zware gewelds- of zedendelicten. Extramuraal (langdurig) toezicht wordt echter breder toegepast bij voorwaardelijk in vrijheid gestelde gedetineerden met straffen van een jaar tot aanzienlijk langer. Dit betreft onder meer veroordeelden wegens geweldsdelicten en veelplegers. In deze studie komen de volgende onderzoeksvragen aan de orde:

- Welke effectieve toezichtprogramma's, in termen van vermindering van recidive, zijn er bekend voor (forensisch) psychiatrische patiënten en delinquenten en onder hen specifiek voor zedendelinquenten, delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis en delinquenten met problematisch middelengebruik?
- Welke veronderstelde mechanismen liggen ten grondslag aan effectieve of veelbelovende programma's en onder welke omstandigheden worden de positieve resultaten die effectieve of veelbelovende programma's kunnen hebben, bereikt?'

'In dit rapport worden de werkzame mechanismen van toezicht op forensisch psychiatrisch patiënten beschreven en worden voorbeelden genoemd van veelbelovende intensieve toezichtprogramma's voor toepassingen binnen de TBS in Nederland. TBS in Nederland is niet interessant, maar de werkzame mechanismen en effectieve toezichtprogramma's uit het buitenland wel.'

Glorney, E., Perkins, D., Adshead, 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.

In dit onderzoek zijn twee High Secure Hospitals onderzocht om te zien welke behoeften de cliënten hebben, en welke aan van deze behoeften ook voldaan werd. Uit de analyse bleek dat de behoeften in 8 categorieën opgedeeld konden worden:

- Therapeutic engagement,
- Risk reduction,
- Education,
- Occupational,
- Mental health recovery,
- Physical health restoration,
- Cultural and spiritual needs,
- Care pathway management.

Vanuit de twee case studies wordt een model gegeven ter verbetering van de zorg binnen deze instellingen. 138

Wat de instelling meestal goed deed:

- Een therapeutische relatie creëren,
- Inzicht geven in de eigen psychische stoornis,
- Het verbeteren van het gevoel van eigenwaarde.

Wat de instelling meestal niet goed deed:

- Bieden van anger management training,
- Verminderen van geweld,
- Inzicht geven in het eigen risico gedrag.

Hieruit blijkt dat de instelling beter rekening hield met klinische behoeften, maar minder met criminogenic needs. Wel lijkt het tegemoet komen aan de klinische behoeften een vereiste te zijn alvorens de criminogenic needs behandeld kunnen worden. 142

Uit dit onderzoek bleek dat er niet voldaan werd aan veel van de behoeften (zowel klinische als criminogenic needs). De volgende obstakels werden beschreven:

1. Een behoefte werd niet behandeld:

- Lange periodes tussen evaluaties van de cliënten (tussen 8 en 22 maanden),
- Slechte communicatie en samenwerking tussen disciplines,
- Lange wachtlijsten,
- Langzame doorplaatsing naar de juiste diensten,
- Er wordt te weinig rekening gehouden met de psychische toestand van de cliënt.

2. De cliënt reageerde niet op de behandeling:

- Er wordt te weinig rekening gehouden met de psychische toestand van de cliënt,
- De cliënt participeert onvoldoende (of niet).

3. De aangeboden interventie was niet voldoende om een behoefte te bevredigen:

- Onvoldoende financiering of werknemers om de vereiste behandeling aan te bieden.

142

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.

‘Prison mental health in-reach teams have been established nationwide in England and Wales over the past 3 years to identify and treat mental disorders among prisoners. This paper summarises the policy content and what has been achieved thus far, and poses challenges that these teams face if they are to become a clear and effective component in the overall system of forensic mental healthcare.’ 373

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.

Dit is een review van de huidige onderzoeksliteratuur over de effectiviteit van behandelingen tegen verslavingsproblematiek in een justitiële setting. Alle literatuur is van na 2000, en level 3 of hoger op de Maryland Scale. Dit onderzoek is uit 2012 maar gaat niet specifiek in op daders met psychische stoornissen.

‘In summary, there is evidence that drug courts, therapeutic communities, cognitive-behavioral treatment, CM, and pharmacological treatment can be effective in helping individuals decrease their drug use and desist from criminal activity. Effective treatment programs tend to (a) focus on high-risk offenders, (b) provide strong inducements to receive treatment, (c) include several different types of interventions simultaneously, (d) provide intensive treatment, and (e) include an aftercare component. Research demonstrated that aftercare increased the impact of both therapeutic communities and boot camps. The findings on boot camps were particularly surprising given the fact that previous research had found that boot camps were not effective. Another important issue is whether or not mandated treatment is effective. The clients of drug courts often are coerced in that they must accept treatment in the drug court or face prison time. Since retention is important for drug treatment success, strong inducements to continue treatment would appear to be important. Recent research confirms that legally mandating treatment tends to lower dropout rates and reduce illicit drug use and criminal offending (Kelly, Finney, & Moos, 2005; McSweeney, Stevens, Hunt, & Turnbill, 2007; Perron & Bright, 2008; Young & Belenko, 2002). A final issue is whether individuals can desist from drug abuse without treatment. Although spontaneous remission is not uncommon, the evidence indicates that treatment can be an effective tool in helping many individuals reduce their drug use (Price, Risk, & Spitznagel, 2001).’ 10-11

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.

‘This report reviews studies of psychosocial interventions for people with co-occurring substance use disorder and severe mental illness. We identified 45 controlled studies (22 experimental and 23 quasi-experimental) of psychosocial dual diagnosis interventions through several search strategies. Three types of interventions (group counselling, contingency management, and residential dual diagnosis treatment) show consistent positive effects on substance use disorder, whereas other interventions have significant impacts on other areas of adjustment (e.g., case management enhances community tenure and legal interventions increase treatment participation). Treatment of co-occurring severe mental illness and substance use disorder now has a large but heterogeneous evidence base that nevertheless supports several types of interventions.’

Uit dit onderzoek blijkt dat de volgende drie interventies gericht op aan middelen gebonden stoornissen waarschijnlijk ook effectief zijn bij cliënten met een dubbele diagnose: group counseling, contingency management, en long-term residential treatment.

Group counseling blijkt effectief voor meerdere groepen patiënten, wat duidt op een niet-specifiek behandel effect doordat het algemene elementen bevat zoals onderwijs en voorlichting, het aanleren van vaardigheden, en peer support.

Contingency management wordt meestal toegepast bij verslavingsproblematiek, maar de resultaten zijn mogelijk generaliseerbaar naar andere groepen. De resultaten van contingency management zijn waarschijnlijk niet afhankelijk van motivatie en andere cognitieve variabelen wat een voordeel is in de behandeling van dubbele diagnoses (Ledgerwood & Petry, 2006).

Long-term residential treatment lijkt een effectieve interventie voor dubbele diagnoses wanneer andere out-patient interventies niet werkten.

Andere interventies hebben geen effect op verslavingsproblematiek, maar verbeteren mogelijk wel andere uitkomstmaten. Case management verbetert bijvoorbeeld de deelname in de vrije samenleving, en wettelijke sancties verbeteren treatment participation. 133-134

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.

Volgens deze auteurs zijn de volgende interventies effectief voor de behandeling van dubbele diagnoses:

- Active, staged interventions,
- CBT,
- Contingency management,
- Relapse prevention,
- Case management,
- Social-skills training,
- Modified 12-step programs,
- Education,
- Support for family and caregivers.

Een kleine groep personen heeft een lange-termijn residential treatment nodig met een uitgebreid programma. Hierbij hoort vocational training, housing support, en soms een tussenpersoon voor de communicatie met het strafrechtstelsel.

Personen met een dubbele diagnose zijn geen homogene groep. Hierdoor kunnen bepaalde subgroepen gebaat zijn bij gespecialiseerde need-based programma's die per persoon bepaald worden.

Service-delivery en structurele dienstverlening veranderingen zijn in sommige gevallen op zijn plaats. Zo moet er aandacht besteed worden aan:

- Voorlichting aan de dienstverleners om misverstanden weg te nemen, om informatie te verstrekken over behandelmethoden, om stereotype attitudes te verminderen, om ze ontvankelijker te maken voor verandering, en om ze meer zelfvertrouwen te geven in het behandelen van co-morbide stoornissen.
- Kwaliteit van de dienstverlening. Ongeacht het model dat aangehouden wordt (sequentieel of parallel) moet de dienstverlening goed gecoördineerd worden. Zo moeten de behandelingen verzorgd worden door een team van professionals uit meerdere disciplines die 24 uur per dag beschikbaar zijn. Het aantal aangeboden behandelingen moet uitgebreid genoeg zijn om in te spelen op de behoeften van de cliënten, en er moet ook op de lange termijn nazorg en follow-up aangeboden worden. 31

Fellner, J. (2006). *A Corrections Quandary: Mental Illness and Prison Rules*. *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, 41, 392-412

'Human rights principles affirm the goal of increasing the ability of the prisoner to lead a productive, law-abiding life upon return to society. Placing the mentally ill in a brutal environment that they are not equipped to navigate without the aid of robust mental health services promotes neither rehabilitation nor prison security. It smacks more of cruelty than of justice.' 412

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>.

‘In het gewenste zorgaanbod dienen volgens literatuur en experts de volgende elementen aanwezig te zijn. Ten eerste moet goede diagnostiek plaatsvinden in een vroeg stadium. Het instrumentarium moet aangepast zijn aan het niveau van de cliënten en aan de complexiteit van de problematiek. De diagnostiek zou ook regelmatig herhaald moeten worden om in te kunnen spelen op veranderingen. Ten tweede is een blijvende steunstructuur nodig, omdat een groot deel van de problematiek een chronisch karakter heeft. Ten derde moet er intensieve en continue begeleiding zijn, die door professionals, en deels ook door een beperkt aantal personen uit het netwerk van de cliënt geboden kan worden. Dit zou bijvoorbeeld conform de CRA-benadering (Community Reinforcement Approach) kunnen plaatsvinden.’

‘Het is ten vierde van belang om voortdurend aan te sluiten bij de motivatie en de mogelijkheden van de cliënten, bijvoorbeeld door de zorg zo aantrekkelijk mogelijk te maken en dagbesteding, sport en ontspanning te bieden. Het aanbod moet een 24 uurskarakter hebben, al dan niet intensief. Cognitieve gedragstherapieën met nadruk op vaardigheidstrainingen zouden onderdeel moeten uitmaken van het zorgaanbod. De LVG-problematiek vraagt bovendien om een aangepaste benadering waarbij van herhaling, visualiseren, oefenen, positief belonen en – afgaande op eerste signalen – nonverbale methoden gebruik wordt gemaakt. Ten vijfde is het belangrijk dat geïntegreerde zorg of behandeling wordt geboden, waarbij de verschillende problemen tegelijkertijd worden aangesproken. Bij voorkeur verblijven cliënten in aparte LVG-afdelingen. Tot slot dient er een ‘achtervang’ te zijn in het geval van een crisis of een terugval in middelengebruik, in de vorm van een crisisvoorziening. Het huidige zorgaanbod is in dit licht niet toereikend’.

Zwemstra, J., Masthoff, E. D., Trompenaars, F. J., & De Vries, J. (2009). *Quality of Life in a Population of Dutch Prisoners with Mental Disorders: Relations with Psychopathological, Social, Demographical, Judicial and Penitentiary Factors*. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(3), 186-197.

‘In dit onderzoek werd de kwaliteit van leven vergeleken tussen Nederlandse mannelijke gevangenen met psychische stoornissen, de normale Nederlandse bevolking, extramurale psychiatrische patiënten, en gedetineerden zonder psychische stoornis.’ 186

‘De mannelijke gevangenen met psychische stoornis scoorden lager op de WHOQOL-Bref dan de controle groepen. Hieruit blijkt een lagere gemeten kwaliteit van leven. Uitzonderingen zijn de tevredenheid over sociale relaties (vergeleken met de algehele bevolking) en de omgeving (vergeleken met gezonde gevangenen). Deze verschillen niet significant. Deze resultaten komen overeen met eerder onderzoek.’ 194-195

‘De mannelijke gevangenen met psychische stoornissen scoorden mogelijk niet lager op ‘Environment’ dan de gevangenen die geen psychische stoornis hebben omdat beide groepen in een soort van detentie zitten.’ 195

‘Een paar sociale en demografische variabelen hadden een significant effect op de kwaliteit van leven. Participanten die al langer een relatie hebben, meer contact hebben met familie, of een groter sociaal netwerk hebben scoorden significant hoger. Hetzelfde geldt voor de participanten die een verblijfadres hebben wanneer ze vrijgelaten worden. De auteurs concluderen dat gevangenen snel wennen aan de vrijheidsberoving, zolang ze hun sociale contacten kunnen behouden, en ook een goed vooruitzicht hebben betreffende onderdak en huisvesting.’ 195-196

De Ruiter, C., 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.

‘De Nederlandse forensisch-geestelijke gezondheidszorg wordt steeds meer evidence-based. Sinds de recente introductie van gestructureerde risico assessment instrumenten zoals de Nederlandse HCR-20 en de SVR-20 ligt de nadruk ook steeds meer op de behandeling van dynamische risico factoren, waaronder ook persoonlijkheidsstoornissen.’

‘De meeste forensische ziekenhuizen bieden CBTs, maar er is nog onvoldoende evaluatie onderzoek uitgevoerd. Uit een onderzoek door Timmerman en Emmelkamp (2005) bleek wel dat personen die deze vorm van therapie krijgen minder wantrouw en woede rapporteren, en zich beter gedragen tijdens de behandeling (medewerkers rapporteren minder tegenwerking). Greeven en de Ruiter (2004) constateerden dat personen met persoonlijkheidsstoornissen die 2 jaar lang zijn behandeld in een forensische instelling significant vooruit gingen op alle dimensies behalve histrionic PD. 39% ging er met meer dan twee standaard deviaties op vooruit.’ 95

Hornsveld, R. H. J. (2006). *Ontwikkeling en evaluatie van de Agressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten, deel 1*. Nijmegen: WODC. Verkregen van <http://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/agressiehanteringstherapie-deel-ii.aspx>.

‘De populatie van Nederlandse forensisch psychiatrische instellingen wijkt echter af van die in andere landen. Zo worden in Nederland naar verhouding veel meer patiënten opgenomen met een stoornis op as II van de DSM-IV als hoofddiagnose. Behandelingen die bij niet-Nederlandse populaties effectief bleken dienen daarom opnieuw getoetst te worden. Daarbij doet zich het probleem voor dat de huidige kennis ontoereikend is, in het bijzonder met betrekking tot de specifieke probleemgedragingen van Nederlandse subpopulaties en de werkzaamheid van specifieke behandelprogramma’s. Bovendien ontbreekt het aan goede meetinstrumenten voor effectonderzoek waarvan de psychometrische eigenschappen bij Nederlandse populaties zijn onderzocht. Deze publicatie kan mogelijk in een deel van deze lacunes voorzien.’ 5

De verschillende deelonderzoeken leverden de volgende resultaten op:

‘Vraagstelling 1.1. Gedurende de eerste twee jaren van het onderzoek (2001 en 2002) werd de therapie in zes klinische en op twee poliklinische instellingen conform het draaiboek toegepast. Behandelaars bleken tevreden over opzet en werkwijze. Het percentage afhakers was echter met name bij de poliklinische patiënten erg hoog. De afhakers scoorden hoger op het persoonlijkheidskenmerk psychopathie en hadden waarschijnlijk een hoger recidiverisico.’

‘Vraagstelling 1.2. Een eerste evaluatie over de periode 2002-2003 wees uit dat, gemeten met behulp van zelfrapportage vragenlijsten, de Agressiehanteringstherapie een afname van agressief bewerkstelligde bij de poliklinische patiënten. Dit gold niet alleen na afloop van de therapie, maar ook bij de follow-up. Bij de klinische patiënten werd een vergelijkbaar resultaat gevonden, al werd de therapie bij hen in combinatie met het overige aanbod gegeven.’

‘Vraagstelling 1.3. De Agressiehanteringstherapie is in zijn huidige vorm aangewezen voor patiënten die vooral reactieve agressie vertonen en die relatief laag scoren op factor 1 van de Psychopathie Checklist-Revised. Voor patiënten die vooral instrumentele agressie vertonen en die relatief hoog scoren op factor 1 dient het onderdeel Sociale vaardigheden te worden aangepast en moet de therapie worden uitgebreid met een module Karaktervorming.’

‘Vraagstelling 1.4. Uit onderzoek met een controleconditie over de periode 2004-2005 bleek, via metingen met behulp van zelfrapportage vragenlijsten, dat de Agressiehanteringstherapie bij de poliklinische patiënten leidde tot een afname van agressief gedrag, niet alleen na afloop van de therapie maar ook bij de follow-up. De controleconditie betrof een wachtperiode tussen intake en begin van de therapie. Tijdens de wachttijd nam het agressieve gedrag niet af, en het sociaal competente gedrag niet toe. De resultaten van de klinische patiënten werden, met behulp van zelfrapportage vragenlijsten en een observatieschaal, vergeleken met een gematchte groep patiënten die de therapie niet volgden maar het reguliere aanbod wel (‘care as usual’). Vergeleken met de controlegroep scoorden de klinische patiënten bij de follow-up zowel op de observatieschaal als op de zelfrapportage vragenlijsten lager op agressief gedrag. Ten aanzien van sociaal competent gedrag werden geen veranderingen geconstateerd, noch op de schaal, noch op de vragenlijsten.’

‘Vraagstelling 1.5. Ter verbetering van de effectiviteit verdient het aanbeveling de therapie uit te breiden met twee modules, namelijk Karaktervorming (voor alle patiënten) en Ouderbegeleiding (alleen voor adolescentie poliklinische patiënten). Voor patiënten met een relatief hoog recidiverisico moet de therapie worden ingepast in een (dag)klinisch behandelprogramma ‘Gewelddelicten bij cluster B persoonlijkheidsstoornissen’. Voor de klinische patiënten moeten tijdens de extramurale resocialisatiefase boostersessies worden georganiseerd.’ 6-7

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>.

Enkele auteurs geven aan dat personen met ernstige psychische stoornissen behandeld moeten worden, ongeacht eventuele voordelen voor de samenleving (Monohan en Appelbaum, 2000). De mogelijke voordelen – minder misdaad, lagere kosten voor Justitie, etc. worden door anderen ervaren, niet de patiënt zelf. 32

Sommige onderzoekers vinden een causaal verband tussen psychische stoornissen en misdaad, maar het effect is niet groot, en beperkt tot een zeer specifieke groep binnen de patiënten met psychische stoornissen. Het uitbreiden van behandelprogramma's voor personen met psychische stoornissen moet dan ook voor redenen zijn anders dan enkel het verminderen van misdaad. 35

Volgens de auteurs zijn mental health courts nog niet veel onderzocht, terwijl ze al wel enkele jaren in gebruik zijn. Ook stellen ze dat het effect van deze health courts mede veroorzaakt wordt door de verbeterde geestelijke gezondheid van de participanten. Als dat inderdaad zo is, moet er meer aandacht geschonken worden aan de actieve ingrediënten van de mental health courts die de geestelijke gezondheid verbeteren. 36

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.

Uit deze meta analyse blijkt dat CBT inderdaad recidive significant vermindert en bevestigt daarmee de bevindingen uit andere meta-analyses (Lipsey et al. 2001; Lipsey and Landenberger (2005); Pearson et al. 2002; Wilson et al. 2005). Gemiddeld werd het risico op recidive verminderd van 0.40 naar 0.30. (controle vs. behandelgroep). De meest effectieve samenstelling van het CBT programma verminderde het risico op recidive zelfs tot 0.19. 470

De enige factoren die onafhankelijk samen hingen met de effect grootte waren:

- Het (vooraf) ingeschatte recidive risico van de dader (hoger risico = groter effect),
- Hoe goed de behandeling werd geïmplementeerd,
- Enkele belangrijke elementen van de behandeling.

De belangrijkste elementen van de behandeling:

- Anger control,
- Interpersonal problem solving components.

Andere significante effecten:

- Victim impact treatment,
- Behavior modification treatment.

470

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.

Uit dit onderzoek blijkt dat de 'assessment for referrals to in-reach personnel' niet goed verloopt. 67% van de team leiders gaven een onvoldoende. De scores waren het laagste in high secure, categorie B, en plaatselijke gevangenissen. De voornaamste redenen waren een gebrek aan opgeleide professionals, financiering, en een gebrek aan assessment vaardigheden binnen het gevangeniswezen. 24

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.

Drug courts lijken recidive te verminderen met ongeveer 26% (Wilson, Mitchell, & Mackenzie, 2006). Ook lijkt recidive verder verminderd te kunnen worden wanneer 'drug courts' zich richten op hoog-risico groepen en jongere daders (Lowenkamp, Holsinger, & Latessa, 2005). 389

'Community courts' werden door participanten als 'rechtvaardiger' beoordeeld dan traditionele rechtszaken. De belangrijkste factoren bleken de mening over de rechter, en de kwaliteit van de communicatie binnen en met de rechtszaal (Frazer, 2006). Community courts blijken meer alternatieve straffen op te leggen en minder gevangenis straffen (Hakuta, Soroushian, & Kralstein, 2008). Over het algemeen bleken participanten beter te reageren op deze alternatieve straffen, met positieve uitkomsten op bijvoorbeeld het terugdringen van prostitutie en de verkoop van illegale producten. Wel kosten deze alternatieve procedures iets meer dan de traditionele werkwijzen (\$700 per rechtszaak). 389

Assertive Community Treatment hangt samen met:

- Kortere tijd in detentie,
- Minder recidive,
- Minder verslavingsproblematiek,
- Beter algeheel functioneren,
- Beter zelfstandig-economische functioneren.

Participanten van het ACT model vertonen in het jaar na hun behandeling minder recidive, en minder dagen opgenomen in een ziekenhuis dan in het jaar voor hun opname (McCoy, Roberts, Hanrahan, Clay & Luchins, 2004; Thresholds State, Country Collaborative Jail Linkage Project Chicago, 2001; Weisman, Lamberti, & Price, 2004). 403.

Het merendeel van de case management diensten worden verleend aan daders met psychische stoornissen die in de gevangenis zitten. 72% van deze personen recidiveerde. Degenen die slechts 1-59 minuten case management per maand kregen vertoonden toch minder recidive, met name betreffende gewelddadige misdrijven. (Ventura, Cassel, Jacoby, & Huang, 1998). 403

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.

'So far no European overview referring to the above-mentioned problems and aspects has ever been conducted. Thus even the most basic data shortages and information gaps have never been systematically explored or described. This study tries to bridge this gap by collecting structured information on concepts, models, and routine practices in prison mental health care in 24 European Union Member States and other European countries. By providing most basic information, it is targeted to encourage further research on this crucial issue and contribute to a European mental health policy and common actions in the field of prison mental health care.' 6

Pomp, E. (2009). *Het Good Lives Model. Een literatuurstudie*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Verkregen van <http://www.efp.nl/afgeronde-projecten>.

‘Het Good Lives Model (GLM) is een aantal jaren geleden ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechtelijke interventies die gebaseerd zijn op het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model. Het RNR model vormt tot op heden de basis van de meeste rehabilitatie en behandelingsprogramma’s voor delinquenten en is vooral gefocust op risicomanagement en terugvalpreventie. Het RNR model en het GLM zijn beide zorgvuldig ontwikkelde interventiemethoden. Daar waar het RNR model zich voornamelijk richt op het voorkomen van risicogedrag, vraagt het GLM meer aandacht voor positieve factoren. Het versterken van positieve factoren draagt bij aan het voorkomen van terugval in risicogedrag.’

‘Tot slot kan gesteld worden dat het RNR model en het GLM elkaar lijken aan te vullen: het RNR model is het sterkst daar waar het GLM hiaten vertoont en omgekeerd. Een constructieve samenwerking tussen de twee modellen lijkt daarmee van belang bij de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten (Braet, 2008).’ 8

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

‘Het zorgprogramma heeft meer het karakter van een richtlijn, een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de klinische praktijk. Beslissingen over de daadwerkelijk toe te passen zorg vallen onder de verantwoordelijkheid van de forensische behandelcentra (c.q. de individuele hulpverlener). Dit zorgprogramma is daarbij bedoeld als ondersteuning.’

‘Professionals, werkzaam in het forensische werkveld, zijn samengebracht in drie werkgroepen, voor de drie onderdelen Diagnostiek, Behandeling en Resocialisatie. De werkgroepen hebben gebruik gemaakt van het werk dat in een aantal instituten en inrichtingen in de voorgaande jaren op het gebied van zorgprogrammering is verricht. Reeds aanwezige, relevante rapporten en documenten zijn gebruikt: ‘Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische kwetsbaarheid’ van het Trimbos-instituut (Verburg and Boerema 2004), ‘Multi-disciplinaire richtlijn Schizofrenie’ (GGZ 2005), een literatuuronderzoek (Harte, 2008) en de beschikbare zorgprogramma’s van verschillende forensisch psychiatrische behandelcentra. De totstandkoming van dit zorgprogramma is aldus het resultaat van het gezamenlijke gedachtegoed vanuit het forensische werkveld, aangevuld met de laatste stand van de wetenschap.’ 7

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>.

‘In juni 2009 verstrekke het Ministerie van Justitie de opdracht voor een eerste zorgprogramma voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg. De coördinatie hiervan was in handen van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie te Utrecht, dit op grond van hun gebleken deskundigheid op dit punt bij de productie van drie eerder geschreven landelijke zorgprogramma’s in de forensische psychiatrie. Daarnaast werden instellingen die bezig zijn met de ontwikkeling van zorg voor deze doelgroepen benaderd om mee te werken aan het zorgprogramma.’ 11

‘De beveiliging van de maatschappij staat bij deze patiënten voorop. Pas daarna komt de zorg aan bod. Deze patiënten zijn al voor hun daden veroordeeld en hebben ook hun detentie al ondergaan. Zij zijn ook al behandeld voor hun stoornissen, maar met onvoldoende resultaat als het gaat om delictrisico. Daardoor leveren zij ernstig gevaar op voor het leven en welzijn van derden. Deze patiënten zijn bovendien niet plaatsbaar in de reguliere GGZ, omdat daar de vereiste beveiliging niet kan worden geboden.’ 27

Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners
in Addiction. <http://www.nispa.nl/>

De Stichting Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA) is opgericht door een consortium van vier verslavingszorginstellingen in Oost en Zuid Nederland, te weten Novadic-Kentron, Tactus Verslavingszorg, IrisZorg en Vincent van Gogh met als doel in samenwerking met de faculteit Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen een kenniscentrum voor zorgontwikkeling, onderzoek en onderwijs ten behoeve van de verslavingszorg in het leven te roepen.
Heeft o.a. een jaarlijkse monitor dubbele diagnose gepubliceerd tot 01-04-2012.

Vreeswijk, M. van., Broersen, J., & Nadort, M. (2008). *Handboek Schematherapie. Theorie, praktijk, en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bevat hoofdstuk schematherapie voor forensische patiënten.

Hornsveld, R., Dam-Baggen, R. van., Leenaars, E., & Jonkers, P. (2004). *Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten: ontwikkeling en praktijk*. Tijdschrift voor psychotherapie, 30(1), 13-22.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2008). *De Effectiviteit van behandelinterventies voor forensische psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid*. Een literatuurstudie. Amsterdam: EFP, Spinhex & Industrie.

De effectiviteit van behandelinterventies voor forensische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid

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

Onderzoek in de forensische psychiatrie: inventarisatie 2008



Continuïteit van zorg en behandeling

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

‘Hoofdstuk vier is de neerslag van een empirisch onderzoek bij 89 gedetineerden naar kwaliteit van leven in een populatie Nederlands gedetineerden met psychiatrische stoornissen. Deze groep is vergeleken met een drietal referentiegroepen waaronder een groep ambulante psychiatrische patiënten. Ook zijn verbanden onderzocht met psychopathologische, penitentiaire, sociale, demografische en juridische factoren. De kwaliteit van leven van de onderzoeksgroep bleek, zoals verwacht, minder dan die van de algemene bevolking en van gedetineerden zonder psychopathologie. Op de meeste punten bleek de kwaliteit van leven op de onderzoeksgroep echter beter dan die van de ambulante psychiatrische patiënten. Dit ondanks dat de psychopathologie van de onderzoeksgroep op klinische gronden als ernstiger werd beoordeeld.’

‘Hoofdstuk vijf gaat over de over- en doorplaatsingsmogelijkheden voor forensisch psychiatrische patiënten tussen justitiële en GGZ-behandelvoorzieningen en tussen de forensische voorzieningen onderling.’

Ministerie van Justitie (2008). *Zorgprogramma's voor gedetineerden met psychiatrische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Een voorbeeld voor een goede manier van ketenzorg wordt aangehaald: het wekelijkse nazorgoverleg in de PI de Schie in Rotterdam.

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-patienten.aspx>

Beschrijving van een aantal toezichtprogramma's waarbij gekeken is naar (internationale) meta-analyses en overzichtsstudies. Aparte hoofdstukken voor delinquenten met een ernstige psychiatrische stoornis, zedendelinquenten en verslaafde delinquenten.

Werkzame mechanismen

'Een aantal mechanismen wordt verondersteld te leiden tot een grotere beheersing van crimineel gedrag op de kortere termijn, tijdens het toezichtprogramma. Dit betreft bijvoorbeeld afschrikking. De veronderstelling is dat de toegenomen kans betreft te worden vanwege intensiever toezicht (vaker en op onverwachte momenten) en de consequenties die dit heeft (zoals verdere beperking van vrijheden en uiteindelijk terug-plaatsing in gevangenis of andere instelling), de delinquent weerhouden van het overtreden van de opgelegde voorwaarden en van het plegen van delicten. Een ander verondersteld mechanisme is beperking. De verwachting is dat door het intensieve toezicht en eventuele andere activiteiten de mogelijkheden en gelegenheden om een delict te plegen worden ingeperkt. Ten slotte kan toezicht leiden tot een grotere kans op detectie. Verscherpt toezicht leidt tot een grotere kans om overtredingen van voorwaarden, dreigende terugval en recidive te ontdekken. Daardoor zouden delicten kunnen worden voorkomen, of kan er sneller worden ingegrepen.'

Partners

'Voor alle bij het toezicht betrokken partijen, de maatschappij, beleidsmakers, hulpverleners, toezichthouders, delinquenten, is het van belang dat er inzicht komt in de vragen of het toezichtprogramma werkt en hoe het toezichtprogramma werkt. Dat kan alleen door de ontwikkeling van toezichtprogramma's te verbinden met wetenschappelijk onderzoek van hoge kwaliteit.'

Op basis van hun onderzoek doen zij een aantal aanbevelingen:

- Re-integratie componenten: Van de hier onderzochte toezichtprogramma's lijken degenen die controle- en re-integratiecomponenten combineren, het meest kansrijk wat betreft het verminderen van recidive op de langere termijn;
- Veelbelovende toezichtprogramma's: Uit het onderzoek komen enkele programma's naar voren die op basis van soms meer, maar vaker op basis van een of enkele studies, kansrijk lijken wat betreft het verminderen van recidive op kortere of langere termijn. In deze programma's zijn toezicht (monitoring en controle) en behandeling vaak verweven;
- Implementatie en evaluatie. De benadering van waaruit een toezichtprogramma wordt ontwikkeld, is van grote betekenis voor de veronderstellingen over de wijze waarop het programma effect sorteert. Het is dan ook van belang bij de keuze voor of de ontwikkeling van een toezichtprogramma van tevoren vast te stellen welke doelstellingen precies worden beoogd met het programma en om vervolgens te expliciteren op welke wijzen, via welke sociale, gedrags- of andere mechanismen deze zouden kunnen worden bereikt. Het verdient dan ook aanbeveling om de ontwikkeling en invoering van een toezichtprogramma gepaard te laten gaan met een programma-evaluatie, een procesevaluatie en een effectevaluatie van een zo hoog mogelijke methodologische kwaliteit.

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.

De screening en behandelmethodes voor personen met SMI in de gevangenis zijn geëvalueerd in het laatste rapport van de Criminal Justice/Mental Health Consensus Project (Council of State Governments Justice Center 2002). Vanuit deze evaluatie worden enkele aanbevelingen gedaan:

1. Screen alle gevangenen voor mental illness met behulp van een gestandaardiseerd meetinstrument en een getrainde onderzoeker,
2. Positieve diagnoses moeten leiden tot een doorverwijzing naar een geestelijke gezondheidszorg professional of een uitgebreidere evaluatie,
3. Screening protocollen moeten ook het risico op suïcide vaststellen,
4. De uitwisseling van informatie tussen de gevangenis en de zorginstellingen moet bevorderd worden,
5. De gevangenis/huis van bewaring moet zelf in-house crisis interventie en stabilisatie mogelijkheden hebben,
6. Personen moeten geholpen worden met het innemen van anti-psychotica (dat ze het blijven innemen),
7. Wanneer een persoon opgenomen wordt moet direct een plan gemaakt worden voor de vrijlating.

414

Kogel, K. de. (2006). *Terbeschikkingstelling (TBS) en forensische psychiatrische zorg*. Den Haag: WODC. Verkregen van <http://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/fs200626-terbeschikkingstelling-tbs-en-forensisch-psychiatrische-zorg.aspx>.

Dit document beschrijft een aantal studies die door het WODC zijn gedaan. De focus ligt hierbij op TBS'ers en vergelijkbare groepen. Een van de onderzoeken gaat over de effectiviteit van extramuraal toezicht voor deze groepen. Hierin worden de practices uit verschillende landen vergeleken. Geconcludeerd wordt dat er geen uitspraken over effectiviteit kunnen worden gedaan vanwege het ontbreken van kwalitatief goede studies.

Salize, H. J., Drefßing, 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.

‘Since psychiatric after-care is essential for each mentally ill person who is discharged from an institutional setting, one would expect the organisation of disorder-specific after-care measures to be an integral aspect of planning the release of prison inmates who have been diagnosed with a mental disorder during their term. Not only this would safeguard the principle of equivalent health care standards for prisoners, even more it would enhance public safety, since a prisoner with an untreated mental disorder bears a significantly increased risk of re-offending after discharge.’

‘The only study to date that has compared the outcome of specialised forensic outpatient services with that of routine psychiatric after-care as provided by community services found no differences in the terms of re-offenders or those readmitted to institutional care (Coid et al. 2007). Many more studies on this issue are required in future.’

‘Offering effective treatment within detention at a larger and more varied scale would also require a good connection with chain partners in the judicial process. For instance the imposition of penalties and measures could be directed more than at present, at effective solutions and interventions regarding care and reduction of recidivism (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2006).’

‘One of the great challenges is the connection between the prison system and the general mental health care system. At present this is problematic. The care and treatment possibilities within general psychiatry do not match with the needs of mentally disordered (former) detainees. Better aftercare in the community is needed with respect to meeting needs of the ex-detainees for care and treatment of disorders, as well as the needs of society to reduce the risk of criminal recidivism. Perhaps new judicial facilities should be created to fill the gap between the prison and mental health systems. Dutch penal law and civil law offer relatively few possibilities for (long-term) supervision and aftercare (De Kogel, Nagtegaal, Neven & Vervaeke, 2006). There are however some developments in this respect, such as (re) introduction of conditional release during the last portion of a prison sentence, and reforming of the civil hospital order that leaves only room for compulsory hospitalisation, to offer more possibilities for compulsory treatment while the person involved remains in the community.’

Zwestra, 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). Tilburg: Universiteit van Tilburg.

Onderzoeksvragen:

‘Is het huidige model van penitentiaire psychiatrische zorg en daarop aansluitende zorg effectief in de zin van voorkomen en vermindering van ernst van psychiatrische ziekte/stoornis en mogelijkheden voor continuïteit van zorg? Zijn er veranderingsmogelijkheden die tot winst voor de psychiatrisch zieke groepen kunnen leiden?’

Hoe is de samenhang van de verschillende psychiatrische zorgvoorzieningen in het justitieel/forensische veld?

‘Hoe is de samenhang van het forensische veld en de reguliere zorgvoorzieningen?’

‘Voldoen de mogelijkheden van de strafrechtelijke kaders voor behandeling die de strafrechter in zijn vonnis kan opleggen. Hoe verhouden die zich tot de zorg in detentie en de aan detentie aansluitende fase?’

‘In alle domeinen kwam naar voren dat er knelpunten en/of leemtes lijken te zitten in de doorstroom naar met name gesloten zorgintensieve langer durende behandelplaatsen en dito chronische verblijfplaatsen voor patiënten met chronische psychotische problematiek en co-morbiditeit in de zin van persoonlijkheids- en/of verslavingsproblematiek en een duurzame (intensieve) zorg- en structuurbehoefte. Noch de FPI, noch de FPA, noch de algemene GGZ lijken deze voorziening nadrukkelijk te bieden. De FPI's niet omdat dit veld slechts beperkte longstay voorzieningen heeft voor TBS-gestelden met chronisch ernstig delictgevaar op basis van hun stoornis en daarom steeds verlengde TBS. De FPA's niet omdat ze als doelstelling heeft als tussenvoorziening de doorstroming van het justitiële veld naar de algemene GGZ te faciliteren door een verblijf van maximaal 2 jaar. De algemene GGZ niet omdat dat soort voorzieningen (voor deze doelgroep) haaks staat op de heersende behandel filosofie en opdracht vanuit het ministerie van VWS tot vermaatschappelijking, ambulantisering, regionalisering en afbouw van (gesloten) bedden. Ook staat dit haaks op de sterke interne rechtspositie van de opgenomen patiënten, die begrenzen en structureren moeilijk maakt.’

114

‘Dit ontbreken van gesloten structurende zorgintensieve behandel- en verblijfsvoorzieningen lijkt een knelpunt dat niet ressortelijk in circuitoverleg of regionaal in netwerkoverleg kan worden opgelost maar op landelijk niveau moet worden aangepakt met hetzij een andere maatschappelijke opdracht voor de regionale algemene GGZ instellingen, of de uitbouw van een klinisch forensisch psychiatrisch circuit met bovengenoemde gesloten behandel- en verblijfsvoorzieningen voor (ex)forensische patiënten ter grootte van landelijk minstens enkele honderden plaatsen. Zonder dergelijke voorzieningen, waarbij de voorkeur van ondergetekende uitgaat naar het opzetten van bovenregionale forensisch psychiatrische langer durende behandel- en verblijfsvoorzieningen, blijft er sprake van een eindeloze draaideurproblematiek door alle justitiële en GGZ velden van een substantiële groep patiënten. Deze worden daarmee fors tekort gedaan en veroorzaken veel onnodige maatschappelijke schade.

In iets minder uitgesproken mate blijkt het ontbreken van langer durende gesloten behandel- en verblijfsvoorzieningen en daarmee spelende overlast- en draaideurproblematiek ook te spelen in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de verslavingszorg.’

‘Ook in die sectoren lijkt heroverweging van een te ver doorgevoerde ambulantisering overweging te verdienen en verdient ook de plaats van gesloten behandel- en verblijfsvoorzieningen heroverweging.’

Haimowitz, S. J. D. (2004). Law & Psychiatry: *Slowing the revolving door: Community reentry of offenders with mental illness*. *Psychiatric Services*, 55, 373-375.

De schrijver van het artikel gaat in op de terugkeer van de gedetineerde met een mentale stoornis en verslaving in de maatschappij. Hij benoemt hierbij twee belangrijke 'key elements' waarmee instellingen hun uitkomsten mee kunnen verbeteren: 1. Het schrijven van een individueel 'ontslag'-plan die opgesteld is door de medewerkers van de instelling, de gedetineerde zelf en als het mogelijk is de familie van de gedetineerde. Hiermee kan worden gezorgd voor een continuïteit van medicatie, afspraken met artsen die bekend voor de gedetineerde, inkomensgegevens en zorgverzekeringgegevens. Er moet aandacht worden besteed aan persoonlijke identificatie, vervoer en andere zaken (zoals huisvesting) die ter sprake komen tijdens de eerste dagen na de vrijlating. De communicatie tussen de verschillende instanties rondom de gedetineerde moet lang voor de dag van vrijlating worden opgezet en moet iedere instantie een concreet 'ontslag'-plan hebben met expliciete verwachtingen. 2. Er moet helderheid zijn voor medewerkers over hun taken rondom de monitoring van de gedetineerde in de maatschappij. De reclassering moet weten wie verantwoordelijk is voor bijvoorbeeld medicatie-inname, drugs- en alcoholgebruik en casemanagement, en hoe dit moet worden aangepakt, bijvoorbeeld door huisbezoeken, dagelijkse rapportages, telefonisch contact en nagaan of de afspraken worden nagekomen en of urinecontrole worden uitgevoerd. Rollen voor wat betreft wie verantwoordelijk is voor het reageren op het niet nakomen van afspraken en het begaan van delicten moeten worden gedefinieerd. Daarbijgaand moeten we ook vastleggen welke acties dan ondernomen moeten worden; zoals nieuw onderzoek, nieuwe plannen en meer bezoeken. De betrokken medewerkers moeten ook gebruik maken van positieve versterkers, inclusief 'stepped-down' supervisie en beloningen (zoals bonnen voor kleding). Blokkades en bekende strubbelingen tussen verschillende instanties moeten worden erkend en worden aangepakt.

Field, G. (1998). *Continuity of Offender Treatment for Substance Use Disorders From Institution to Community* (DHHS Publication No. SMA 98-3245). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

In dit boek van de Amerikaanse Department of Health and Human Services zijn richtlijnen opgenomen over de continuïteit van zorg voor gedetineerden (met verslavingsproblematiek) die mogelijk interessant zijn voor de PPC's. Behandelaars moeten een samenwerking aangaan met de reclassering en anderen die supervisie hebben over de gedetineerde. Het rapport hoe men het beste informatie kan delen, sancties kan ontwikkelen en terugval kan voorkomen zodat behandelvoortgang niet verloren gaat.

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.

Uit dit 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 huizen van bewaring ('jails') en andere strafrechtelijke instellingen (Osher, Steadman, & Barr, 2003). Bovendien is de nazorg voor daders die terug geplaatst worden in de samenleving vaak ontoereikend (Earthrowl, O'Grady, & Birmingham, 2003; Smith, Baxter, & Humphreys, 2003), en zijn de werk relaties met bestaande instellingen voor behandeling onvoldoende (Maden, Rutter, McClintock, Friendship, & Gunn, 1999; Teplin et al., 1997). 435

Uit onderzoek naar verslavingsproblematiek en psychische problematiek blijkt dat het doorzetten van dienstverlening na vrijlating aan daders die vanuit een instelling worden vrijgelaten een sterk positief effect heeft. (continuity of services: doorzetten van dienstverlening na vrijlating). (Simpson et al., 1999; Wexler, Melnick, Lowe, & Peters, 1999).

Diensten die zorg dragen voor de overplaatsing vanuit huizen van bewaring ('jails'), gevangenissen en 'community-based residential treatment services' hebben duidelijk een significante positieve invloed op daders met CODs. 441

Enkele thema's binnen de evidence-based practices zijn voor zowel psychische problematiek als verslavingsproblematiek relevant, waaronder: (i) cognitieve gedragstherapie, (ii) recidive vermindering, (iii) behandeling op maat, (iv) gebruik van sociale steun van familie, vrienden, en mede gevangenen/patiënten, (v) op psycho-educatie en vaardigheden gerichte technieken, en (vi) het aanpakken van sociale problemen die samen hangen met verslavingsproblematiek en psychische problematiek. Door bij de communicatie de nadruk te leggen op deze overeenkomsten in theorie en praktijk tussen disciplines kan een betere werkrelatie ontstaan. 440

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.

Dit onderzoek is een review van zeven 'dubbele diagnose' behandel programma's (CDTs) die onlangs zijn ontwikkeld in state- en federal prisons. Veel van deze programma's zijn gebaseerd op bestaande behandel programma's voor verslavingsproblematiek. 439

Problemen in het coördineren en verkrijgen van dienstverlening na vrijlating ontstaan vaak door:

- Een gebrek aan middelen in de gemeenschap (overgangshuisvestiging, extramurale behandel programma's) voor gevangenen die vrijgelaten worden,
 - Groepen binnen een gemeenschap die weerstand bieden tegen de re-integratie van personen met een strafblad,
 - Een gebrek aan geestelijke gezondheidszorg of een gebrek aan toezicht op het innemen van medicatie binnen verslavingsprogramma's in de vrije samenleving,
 - Gebrek aan training over, en aandacht voor psychische problematiek onder toezichthouders binnen de gemeenschap,
 - Ex-gedetineerden die stoppen met de behandeling zodra ze vrijgelaten worden (niet op komen dagen).
- 453

De doelen van bestaande CDTs in gevangenissen komen overeen met de doelen zoals die naar voren komen in de gemeenschap gerichte onderzoeksliteratuur:

- Gebruik van getrainde professionals uit meerdere disciplines die ervaring hebben met verslavingsproblematiek en de geestelijke gezondheidszorg,
- Verslavingsproblematiek en psychische problematiek moeten allebei als even belangrijk gewaardeerd worden, ook al worden ze misschien niet tegelijk aangepakt in alle interventies,
- Behandelingen op maat; aangepast aan de vaardigheden en (ernst van de) symptomen van de patiënt,
- Gebruiken en integreren van medicatie in de behandeling van verslavings- en psychische problematiek,
- Het bieden van een langdurig traject met de nadruk op meerdere stappen in de interventie,
- Begrip voor het feit dat een behandeling niet alleen binnen de instelling gegeven moet worden maar ook door moet gaan na vrijlating,
- Erkennen dat een behandelplan niet compleet is zonder self-help strategieën. 455

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.

Uit dit onderzoek blijkt dat er een groot gebrek is aan diensten die de overgang regelen van de gevangenis terug naar de gemeenschap. Tijdelijke huisvesting en hulp bij het vinden van een baan zijn bijvoorbeeld vaak niet geregeld. Ook blijken er onvoldoende middelen en financiering te zijn voor medicatie van personen die vrijgelaten zijn. Meerdere respondenten gaven daarnaast aan dat er onvoldoende communicatie en uitwisseling is van informatie tussen CDT programma's in gevangenissen en zorgverleners in de gemeenschap, met name als het gaat om beoordelingen. 579

De meeste CDT programma's in gevangenissen geven aan dat het belangrijk is dat er diensten aangeboden worden voor de overgang terug naar de samenleving. Slechts ongeveer de helft van deze programma's heeft ook mensen aangesteld die aangesteld zijn om specifiek deze dienst leveren. 584

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.

Dit onderzoek geeft aan dat het belangrijk is om zorg te dragen voor de overgang, en re-integratie terug in de samenleving, vooral voor daders met CODs. Zo moet er aandacht besteed worden aan recidive vermindering, doorlopende behandeling voor psychische- en verslavingsproblematiek, het vinden van een woning of onderdak, transport, en het vinden van een baan. De meeste CDT programma's in gevangenissen hebben werknemers zoals case managers, overgangs-adviseurs en maatschappelijk werkers die verantwoordelijk zijn voor het verbinden van gevangenen met de diensten in de gemeenschap. 370

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.

Dit onderzoek geeft aan dat heel veel personen met zeer ernstige psychische problematiek in het strafrecht terecht zijn gekomen en dat er eisen gesteld worden aan de personen die terugkeren in de samenleving; waaronder ook eisen betreffende de behandeling. Dit artikel is een evaluatie van de principes en uitvoering van extramurale forensische en geestelijke gezondheidszorg 907

Behandeling in de vrije samenleving van daders die onder het strafrecht vallen met ernstige psychische problematiek verschilt van de behandeling van patiënten die geen strafbaar feit hebben gepleegd. Bij patiënten die geen strafbaar feit hebben gepleegd ligt de nadruk op het verminderen van symptomen. Patiënten die onder het strafrecht vallen krijgen te maken met wettelijke beperkingen en reclassering, en hun behandeling wordt eerste gericht op de veiligheid van de samenleving.

Daders met psychische problematiek zijn vaak moeilijk te behandelen. De geestelijke gezondheidszorg kan weerstand bieden bij de zorg van deze personen omdat ze zo moeilijk te behandelen zijn en een crimineel verleden hebben. Met name personen die fysiek geweld hebben toegepast worden geweerd.

Het is noodzakelijk dat er een balans gevonden wordt tussen de rechten van het individu (behandeling van symptomen) en de openbare veiligheid (recidive vermindering). Hierbij is het belangrijk dat er duidelijke doelen gesteld worden, dat er een tussenpersoon is tussen de behandelaar en het strafrecht systeem, dat er voldoende structuur en supervisie is, dat de behandelaar voldoende autoriteit heeft over de personen, dat er interventies gericht worden op het terugdringen van geweld, dat er gebruik gemaakt wordt van casemanagement, dat er passende voorzieningen worden getroffen voor de leefomgeving van de personen, en dat familieleden en vrienden betrokken worden bij de behandeling. 907

Het opstellen van een effectief behandel programma voor daders met ernstige psychologische problematiek is een moeilijke taak en eist input en samenwerking van professionals die kennis hebben over zowel de geestelijke gezondheidszorg als het strafrecht systeem.

Dit onderzoek stelt dan ook dat de extramurale gezondheidszorg opgelegd door Justitie niet ontwikkeld kan worden zonder kennis vanuit de gezondheidszorg. De auteur geeft aan dat Justitie vanaf het begin professionals uit de geestelijke gezondheidszorg die ervaring hebben met forensische patiënten moet raadplegen. Forensisch-medische deskundigen moeten ook mede bepalen wanneer een patiënt wel of niet klaar is om extramuraal behandeld te worden. Vervolgens moet een patiënt behandeld worden in de vrije samenleving zodra hij geen bedreiging meer vormt voor de gemeenschap. Op deze manier moet er ook een band ontstaan tussen de geestelijke gezondheidszorg en de medewerkers in het gevangeniswezen en het strafrecht zodat de voortgang van de patiënt gevolgd kan worden, en indien nodig, ingegrepen kan worden. Als er een nauwe samenwerking ontstaat tussen de medische professionals en het strafrecht zijn zowel de patiënten als de samenleving hiermee geholpen. 912

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.

Dit is een evaluatie van de huidige kennis over nazorg in Amerika, en benadrukt enkele problemen bij het onderzoeken. 311

De auteur geeft aan dat de effectiviteit van federale nazorg niet duidelijk is zowel omdat er onvoldoende bewijs is, en omdat het beschikbare bewijs niet goed begrepen wordt. Zo blijkt het beschikbare onderzoek geen onderscheid te maken tussen de aard van de nazorg die aangeboden wordt. Dit artikel legt de nadruk op diensten gericht op de terugkeer naar de samenleving, en therapie in de vrije samenleving. 317

Zelfs in staten waar nazorg beschikbaar is voor alle ex-gedetineerden dankzij financiering door de staat is de beschikbare kennis beperkt doordat er variaties zijn in de aangeboden diensten (vergelijkbaarheid beperkt), en onduidelijkheid over de samenwerking tussen het strafrecht systeem en de gezondheidszorg. 317

Zo geeft dit onderzoek aan dat eerder onderzoek zelden aandacht heeft besteed aan drugsgebruik als uitkomstmaat. Landelijke statistieken tonen aan dat veel ex-gedetineerden kort na hun vrijlating weer drugs gebruiken. Dit is echter niet toegestaan waardoor de reclassering ingrijpt. De meeste studies hebben geen informatie over de relatie tussen drugsgebruik en arrestatie of tussen drugsgebruik en het in trekken van de voorwaardelijke vrijlating. Er is dus onvoldoende kennis over de relatie tussen drugsgebruik en drugs gerelateerde recidive. De auteur stelt dan ook de vraag of recidive een goede uitkomstmaat is voor nazorg wanneer zoveel recidive drugs gerelateerd is. 317

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.

Drugs gebruik

Dit onderzoek toont aan dat TC's in de gevangenis gevolgd door nazorg in de vrije samenleving zowel recidive als terugval betreffende drugsgebruik kunnen verminderen. Programma's in de gevangenis kunnen daarnaast de gedetineerden motiveren om na vrijlating mee te doen met behandelingen tegen drugsgebruik (Wexler, Prendergast, & Melnick, 2004). 883

Re-integratie en doorzetten van behandeling na vrijlating

In het verleden werden gevangenen begeleid door verschillende instellingen die onderling niet samenwerkten. Deze begeleiding bleek niet effectief omdat veel daders niet opgemerkt werden, belangrijke diensten werden onderbroken, en omdat instellingen dubbel werk verrichtten als het gaat om data verzameling en behandeling (Lurigio, Rollins, & Fallon, 2004).

Dit onderzoek geeft aan dat technologische ontwikkeling mogelijk uitkomst kunnen bieden (bijv. Monitoring, telehealth, video-conferenties) om verschillende penitentiaire- en gezondheidsinstellingen met elkaar te verbinden (Pattavina, 2004). Er is echter weinig onderzoek gedaan naar welke combinaties van diensten gericht op welke daders recidive het beste terug zouden dringen. Ook stelt dit artikel voor dat de samenwerking tussen verschillende instellingen verbeterd kan worden door een gezamenlijk datasysteem in te stellen zodat elke instantie dezelfde informatie ziet, en zo dubbel werk voorkomen wordt (Rakis, 2005). 887

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.

Dit artikel presenteert een model voor de verbetering van samenwerking tussen justitie, de geestelijke gezondheidszorg, en instellingen die behandelingen geven tegen verslaving. Dit model moet het herstel van gedetineerden met co-morbide stoornissen die vrijgelaten worden verbeteren door 'education, facilitated strategic planning, en follow-up technical assistance'. Het ACTION model wordt omschreven, en de resultaten van proces en effect evaluaties worden gepresenteerd. 171

Volgens dit artikel moeten de verschillende instanties beter samenwerken. Daarvoor moeten ze de barrières en obstakels die deze samenwerking belemmeren identificeren. Pas daarna kunnen ze hun diensten beter coördineren en integreren. Deze 'system transformation' is alleen mogelijk als dienstverleners, dienstgebruikers, en de gemeenschappen betrokken worden bij elk besluit op elk niveau. Een verbeterde samenwerking zorgt voor een efficiëntere dienstverlening, meer veiligheid in de samenleving, en een hogere kwaliteit van leven voor de gedetineerden. 171

Volgens dit artikel is het ook noodzakelijk dat de verschillende instanties en systemen elkaar beter leren kennen; leren over de verschillende werkwijzen, filosofieën en doelstellingen. Het ACTION model is ontworpen om de kennis over werkwijzen, filosofieën, en doelstellingen te verspreiden binnen het netwerk en om eventuele gaten in de samenwerking te dichten. 171

Het ACTION model is een multidisciplinaire aanpak en creëert netwerken en samenwerking door:

- Behandelaars, dienstverleners, eerste-lijns medewerkers, beleidsmakers, en patiënten te informeren over de behoeftes van personen met psychische problematiek en/of verslavingsproblematiek (consensus building),
- Een 'local systems map' samen te stellen, en door samen de gaten in de gezamenlijke dienstverlening bij elke mogelijke interventie te identificeren (systems mapping),
- Te helpen met het opstellen van een volledige en realistische strategie om de noodzakelijke wijzigingen door te voeren (implementation planning).

171

De eerder genoemde drie stappen leiden tot het 'Action Plan', een document waarin alle korte- en lange termijn doelstelling zijn opgenomen die behaald moeten worden om de samenwerking te verbeteren. 171

Dit onderzoek presenteert verder een evaluatie van acht gemeenschappen die het ACTION model hebben gevolgd om hun dienstverlening te verbeteren. Uit deze evaluatie blijkt dat alle acht gemeenschappen binnen tien maanden een scala aan wijzigingen hebben doorgevoerd. Daarnaast werden er meer doelen in het 'Action Plan' bereikt door de diegenen die na de invoering ook extra technische ondersteuning kregen. Uit een kwalitatieve analyse van de interviews en proces evaluaties bleek dat de meeste wijzigingen in de samenwerking betrekking hadden tot:

- Het plannen van de vrijlating,
- Het treffen van voorbereidingen binnen de samenleving voor de terugkeer van de gedetineerden,
- Verbeterde samenwerking strategieën voor de rehabilitatie van de gedetineerde. 178-179

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.

Ook moet het toezicht op PSMI's door de reclassering geheel herzien worden op technische (niet-criminele) overtredingen en voorwaarden van vrijlating als het gaat om heropname en harde straffen bij overtredingen. Technische overtredingen moeten opgevat worden als voertuig naar verbeterde behandeling en andere diensten, zoals recidive- en terugvalvermindering, en een her-evaluatie van medicatie. Het herzien en aanpassen van ondersteunende diensten wanneer een persoon een technische overtreding begaat (i.p.v. reincarceration) is standaard procedure in veel drug courts, en gespecialiseerde reclasseringsprogramma's. (Skeem, Emke-Francis, & Loudon, 2006). 78

Assertive Case Management door gespecialiseerde, getrainde hulpverleners is de meest effectieve manier van omgaan met PSMI die onder toezicht zijn gesteld. Deze methode moet rekening houden met het verzamelen van de benodigde interne en externe diensten, waaronder huisvesting, het vinden van een baan, onderwijs, en family reunification (Wolff, Epperson, & Fay, 2010). Verplichte psychiatrische hulpverlening moet centraal staan bij case management. Zonder de stabilisatie van symptomen kunnen PSMI minder goed gebruik maken van andere diensten, en is de kans groter dat ze zich niet houden aan de voorwaarden van hun vrijlating, waardoor ze opnieuw aangehouden kunnen worden (Eno Loudon, Skeem, Camp, & Christensen, 2008).

Er moeten diensten beschikbaar gesteld worden aan gedetineerden om ze voor te bereiden op hun (voorwaardelijke) vrijlating (Lurigio, 2001). Het doel van nazorg na vrijlating is om symptomen onder controle te houden, aangezien er geen sprake kan zijn van genezing. Nazorg is te lang 'bijzaak' geweest, en moet nu de prioriteit krijgen. Zonder voldoende nazorg is er een zeer hoog risico op terugval, met name bij PSMI met co-morbide problematiek, en is de hulpverlening voor de vrijlating een verspilling. Het bieden van effectieve nazorg diensten (zoals reentry planning en case management) is noodzakelijk voor de voortzetting van de behandeling van PSMI. SMI moet dan ook gezien worden als een chronische aandoening waar ook na vrijlating aandacht aan besteed moet worden. (Wolff & Shi, 2010). Het succes van nazorgprogramma's hangt af van de aanwezigheid van plaatselijk toegankelijke geestelijke gezondheidszorg. MHC's lijken een nuttige interventie voor criminelen met PSMI in de samenleving. MHC is een omleiding om personen met psychische problematiek uit de gevangenis te houden. Wanneer personen een MHC behandeling afronden wordt hun zaak gesloten. 79

Wits, E. G., Kaal, H. L., & van Ooyen-Houben, M. M. J. (2011). *Zorg voor justitiabelen met triple-problematiek*. *Verslaving*, 2, 19-29.

'Voor de doelgroep is een blijvende steunstructuur nodig. Continuïteit, ook na afloop van een bijzondere voorwaarde en over de grenzen van het justitiële kader heen, is dan ook van groot belang. Deze continuïteit wordt nu vaak belemmerd door de verschillende financieringsvormen en indicatiestellingsprocedures. Volgens de geraadpleegde experts zal voor een deel van de doelgroep zelfstandig wonen mogelijk zijn, maar alleen met 24-uursinbedding en wanneer er gezorgd wordt voor een goede dagbesteding en nauwe samenwerking tussen zorg en begeleiding.' 25

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.

Van alle recidive na beëindiging van toezicht ging het bij 48.9% van de gevallen om drugs. Dit kan twee dingen betekenen: dat drugsverkoop geld opbrengt die ze nodig hebben om te overleven, of dat sommige personen drugs en alcohol weer gaan gebruiken tegen de stress of tegen de symptomen van hun ziekte of stoornis (Roskes et al., 1999). In beide gevallen gaat het bij personen met psychische stoornissen die voor druggerelateerde overtredingen gearresteerd worden niet altijd om persoonlijk drugsgebruik. Door ook na vrijlating het toezicht te verlengen kunnen her overtredingen voorkomen worden. 112

De meeste ex-gedetineerden met psychische stoornissen recideerden binnen één jaar na vrijlating, en alcohol speelde vaak een rol. Deze personen hebben mogelijk een langere behandeling nodig om na vrijlating sociaal en volwaardig mee te doen in de samenleving (Draine & Solomon, 2000). 112

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.

Uit dit onderzoek blijkt dat Intensive Community Treatment recidive significant verminderd. Vergeleken met een controlegroep was recidive gedaald van 42% naar 23%. De resultaten waren nog indrukwekkender wanneer alleen de data gebruikt werd van participanten die na één jaar gevangenisstraf meededen (15% vs. 38%). 385

Uit de ervaringen van de medewerkers en administrators bleek dat verslaving een belangrijke voorspeller is van recidive. 52 van de 64 participanten zijn geïnterviewd drie maanden nadat ze begonnen met het programma. Recidive na afronden hing sterk samen met het toegeven van verslaving ($p \frac{1}{4} .038$) en met het toegeven van het gebruik van niet-voorgeschreven medicatie ($p \frac{1}{4} .035$). 399

Deze resultaten bevestigen dat recidive door daders met psychische stoornissen significant verminderd kan worden door een programma te bieden waarin meerdere diensten samenwerken, huisvesting geregeld is, en een geïntegreerde behandeling aangeboden wordt tegen co-morbide stoornissen. 400

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.

Gevangenen met psychische stoornissen lopen een hoger risico om dakloos te worden na vrijlating dan andere gedetineerden (Mallik-Kane and Visher 2008; Metraux and Culhane 2004). Ook zijn ze twee keer zo vaak dakloos wanneer ze aangehouden worden dan andere gedetineerden (Ditton 1999; Michaels et al. 1992). Uit een onderzoek door Mallik-Kane en Visher (2008) bleek verder dat vrijgelaten gedetineerden met psychische stoornissen die wel onderdak hebben gevonden vaker samen wonen met andere ex-gedetineerden, drugsgebruikers en minder vaak samen wonen met familie leden. Ten slotte blijken deze personen ook meer moeite te hebben met het vinden en houden van een baan (Solomon et al. 2004). 367

Mallik-Kane en Visher geven aan dat van de ex-gedetineerden met psychische stoornissen slechts 28% van de mannen en 18% van de vrouwen een (legale) baan hebben 8-10 maanden na vrijlating. Bij ex-gedetineerden zonder psychische stoornis is dit 53% van de mannen en 35% van de vrouwen (p B .05). 368

Personen met co-morbide stoornissen hebben over het algemeen een slechtere prognose dan personen met enkel SMI. Zo is het risico op terugval en opname in een ziekenhuis hoger, hebben ze meer problemen met het vinden van (vaste) huisvesting, vaker geweld en suïcide meldingen, en meer andere negatieve uitkomsten (Mueser et al. 1997; Osher and Drake 1996). 368

Veel vrijgelaten ex-gedetineerden met SMI kunnen geen geestelijke gezondheidszorg krijgen in de samenleving doordat de behandelprogramma's en 'discharge planning services' tijdens de opsluiting onvoldoende zijn (Hoge 2007; Lamberti and Weisman 2004). Ook bestaan er simpelweg niet genoeg programma's die ook ex-gedetineerden behandelen in de vrije samenleving (Jemelka et al. 1989; Lamb et al. 2004). Ten slotte zijn veel diensten in de vrije samenleving niet ingericht om ook rekening te houden met de specifieke behoeftes van een groot aandeel van deze ex-gedetineerden. Zo zijn ze vaak niet in staat om co-morbide stoornissen te behandelen bij personen die in het verleden niet gebaat waren bij een behandeling (treatment resistance) (Lamb et al. 2004; Peters and Hills 1997). 368

Het is nu alom bekend dat 'transition planning' oftewel vrijlatingsplanning en de planning van nazorg essentieel zijn om de zorg door te zetten ook na de vrijlating van de gedetineerden met SMI (American Association of Community Psychiatrists 2000; American Psychiatric Association 2000; Council of State Governments 2002; New Freedom Commission on Mental Health 2004). Zonder toereikende planning en dienstverlening kunnen ex-gedetineerden niet, of niet op tijd, geestelijke gezondheidszorg en andere dienstverlening bemachtigen. Hierdoor is het risico op decompensatie, crimineel gedrag, en recidive zeer groot. (Hills et al. 2004). 368

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.

Volgens dit onderzoek is het moeilijk voor ex-gedetineerden om geestelijke gezondheidszorg te bemachtigen na vrijlating. Zo wordt dit bemoeilijkt door een gebrek aan een contactpersoon tussen de penitentiaire instelling en de geestelijke gezondheidszorg in de vrije samenleving, de bureaucratie van het penitentiaire systeem, en de bijzondere behoeftes van bepaalde groepen ex-gedetineerden. Het stigma van daders die 'normale' gezondheidszorg en 'normale' geestelijke gezondheidszorg willen is een groot probleem. Toegang tot diensten zoals outreach teams, crisis resolution teams, etc. (Healthcare Commission, 2006) is beperkt voor deze populatie aangezien CMHTs vaak niet bereid zijn om ex-gedetineerden te behandelen. 25

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.

Dit artikel beschrijft een evaluatie onderzoek van een 'reentry modified therapeutic community' (RMTC) programma voor daders met een co-morbide verslavings- en psychische stoornis. Recidive werd gemeten 12 maanden na vrijlating. De participanten recidiveerden significant minder. Recidive was 19%, veel minder dan de controlegroep (38%). Dit onderzoek bevestigt dan ook dat RMTC een effectieve interventie is en ondersteunt het gebruik van 'integrated MTC programs' in de gevangenis en in de nazorg voor personen met COD. 247

De gedetineerden die een MTC programma ondergingen vertoonden minder crimineel gedrag na vrijlating dan de gedetineerden die in de gevangenis enkel de standaard behandeling tegen verslavingsproblematiek en psychische stoornissen kregen. Ook blijkt dit resultaat significant ongeacht de gevolgde programma's en behandeling na vrijlating. 255

Uit het literatuuronderzoek bleek dat er aanvullende voordelen te behalen zijn door de gedetineerden te verbinden met nazorg (Knight et al., 1997; Martin, Butzin, Saum, & Inciardi, 1999; Prendergast, Hall, Wexler, Melnick, & Cao, 2004; Wexler et al., 1990; Wexler, De Leon, et al., 1999; Wexler, Melnick, et al., 1999). Volgens de auteurs is het effect van TC programma's in de gevangenis groot, zeker wanneer het aangevuld wordt met nazorg na vrijlating. 255

De auteurs concluderen dat de personen die MTC programma's zowel in de gevangenis als na vrijlating volgen (dus twee keer, tijdens en na gevangenschap) de minste recidive vertonen (13%). Eén programma tijdens of na de detentie is goed, maar allebei openvullend is dan ook volgens deze auteurs beter. 256

Sirotych, F. (2009). *The Criminal Justice Outcomes of Jail Diversion Programs for Persons With Mental Illness: A Review of the Evidence*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37, 461-472.

Uit deze literatuurstudie blijkt dat 'jail diversion' recidive niet significant verminderd wanneer het gaat om personen met SMI. Wel lijken personen met SMI die 'jail diversion' hebben gekregen minder lang in de gevangenis te zitten. 461

Over het algemeen lijken doorplaatsingen vóór de plaatsing in een huis van bewaring de gemiddelde tijd in detentie voor deze groep te verminderen. Dit pleit dan ook voor een model waarin gespecialiseerde politie teams worden gebruikt (CITs). Er is echter onvoldoende bewijs dat doorplaatsing pre-booking ook recidive verminderd. Daar is volgens de auteurs meer onderzoek voor nodig. 467

Uit deze literatuurstudie blijkt dat recidive niet significant afnam door doorplaatsingen vanuit de gevangenis. Echter, de ex-gedetineerden die doorgeplaatst werden en vervolgens een kleine overtreding begingen werden minder vaak weer gearresteerd dan ex-gedetineerden die niet doorgeplaatst werden en een kleine overtreding begingen. Hier is meer onderzoek over nodig. 467

Morrissey, J. P., Fagan, F. A., & Cocozza, J. J. (2009). *New Models of Collaboration Between Criminal Justice and Mental Health Systems*. *American Journal of Psychiatry*, 166(11), 1211-1214

'Co-occurring substance use and mental disorders associated with deviant behavior and harsh sanctions for drug-related offenses are principal factors driving criminal involvement among persons with mental illness. However, the inattention of the mental health community to risk assessments and the over-reliance of the criminal justice system on such measures have created disconnects in care. In the last two decades, these two systems have formed new relationships where accommodation and antagonism have given way to joint efforts to find shared solutions. These newer arrangements integrate roles, rules, and relationships between the two systems in ways that appear to allow the needs of mentally ill persons to be addressed without undermining public safety goals. Three collaborative models (crisis intervention teams, mental health courts, and mental health probation and parole personnel) have received the most attention from practitioners and policy makers in both adult and juvenile systems.' 1211

Vinkers, D. J., Beurs, E., & Barendregt, M. (2009). *Psychiatric Disorders and Repeat Offending*. [Letter to the editor]. *American Journal of Psychiatry*, 166(4).

‘We read with great interest the article by Jacques Baillargeon, Ph.D., et al. (1), published in the January 2009 issue of the Journal. Dr. Baillargeon et al. showed that persons with major psychiatric disorders have a substantially higher risk for multiple incarcerations compared with those without psychiatric disorders. This is a novel finding that emphasizes the need for alternatives to incarceration in the case of mentally ill offenders.’

‘To confirm the increased risk of repeat incarceration among individuals with psychiatric illness, we examined 21,857 pre-trial forensic psychiatric reports made in the Netherlands between 2000 and 2006.’

‘Consistent with the results reported by Dr. Baillargeon et al., we found that persons who had multiple pre-trial reports for different crimes were more likely to suffer from a psychiatric disorder, particularly a psychotic disorder but not an affective disorder. More than one-half of the offenders who had multiple psychiatric reports were not receiving treatment from mental health services. We wholeheartedly agree with Dr. Baillargeon et al. that programs promoting continuity of care are warranted for inmates who suffer from psychiatric disorders.’

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.

‘The outcomes of inadequate transition planning include the compromise of public safety, an increased incidence of psychiatric symptoms, hospitalization, relapse to substance abuse, suicide, homelessness, and rearrest. Although there are no outcomes studies to guide evidencebased transition-planning practices, there is enough guidance from the multisite studies of the organization of jail mental health.’ 79

Dit artikel benoemt de belangrijkste elementen voor community reentry programs voor gedetineerden met CODs, en bespreekt vervolgens een model om deze te implementeren.

Helm, T. (2009). *Via Justitie in Behandeling*. Verslaving, 3, 46-50.

Dit artikel bespreekt via welke justitiële trajecten delinquenten terecht kunnen komen op een behandelafdeling in de psychiatrie of verslavingszorg.

Stobbe, J., Wierdsma, A. I., van Beest, R. H. P., & Mulder, C. L. (2009). *Drop-out na gedwongen opname – hoe groot is het probleem?* *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(11), 801-812.

‘Er werden 214 patiënten geïncludeerd. Bij 33 patiënten (15,4%) was er sprake van drop-out. Vóór ontslag kreeg de drop-outgroep minder vaak een ambulante afspraak mee en deze groep wachtte langer op het eerste ambulante contact dan de groep zonder drop-out. Dossievorming was bij de drop-outgroep minder nauwkeurig en er werd minder samengewerkt tussen ambulante en klinische behandelaren. De kwaliteit van nazorg kan verbeterd worden als ambulante en klinische behandelaren intensiever gaan samenwerken bij het opstellen van voorwaarden voor ontslag en bij de overdracht van klinische naar ambulante zorg. Verder onderzoek moet uitwijzen of dit een gunstige invloed heeft op het drop-out-percentage.’ 801

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.

Ten eerste wordt de openbare veiligheid niet aangetast – en is deze vaak zelfs verbeterd met oog op recidive en ‘rearrest’ – door personen een speciale interventie in de samenleving te geven.

Ten tweede lijkt het erop dat het doorplaatsen van personen met SMI niet (veel) duurder is dan de traditionele behandelingen, en minder duur is dan detentie in een gevangenis, huis van bewaring, of ‘forensic hospital’.

Ten derde wordt er met deze interventie rekening gehouden met de behoeftes van de persoon, en is het herstel van vrijheid op zich een voordeel. 415

Pakes, F., & Winston, J. (2009). *Effective Practice in Mental Health Diversion and Liaison*. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 48(2), 158-171.

Dit is een evaluatie van doorplaatsing en beantwoordt de volgende vragen:

- Is de effectiviteit aangetoond?
- Is de kosten-baten verhouding aangetoond?
- Zijn er problemen in de uitvoering van doorplaatsing?
- Hoe kunnen deze verholpen worden?

160

Uit een groot onderzoek van James et al. (2002) bleek dat het doorplaatsen naar een psychiatrisch ziekenhuis door de rechter zeer goed werkt. Zo bleek 'slechts' 28% van de daders die op deze manier werden doorgestuurd te recidiveren. Omdat de rechter moest beslissen of de dader wordt doorgestuurd of niet werd er ook eerder een diagnose opgesteld waardoor personen eerder en sneller opgenomen werden. Hierdoor werd de gemiddelde tijd dat iemand in bewaring werd gesteld ook ingekort. James et al stellen dan ook dat het doorplaatsen in een ziekenhuis geen 'soft option' is maar een effectieve manier om recidive te verminderen en criminaliteit terug te dringen. 161

De auteurs stellen dat het voortbestaan van doorplaatsingsprogramma's gevaar loopt door een gebrek aan organisatie, financiering, ontwikkeling, en een gebrek aan landelijke richtlijnen en regelgeving. 163

Het is volgens de auteurs te vroeg om een kosten-baten analyse uit te voeren, omdat de (zeer beperkt) beschikbare onderzoeksliteratuur te heterogeen is waardoor deze niet onderling te vergelijken is.

164

Volgens dit onderzoek zijn er zes belangrijke probleemgebieden in de organisatie van de geestelijke dienstverlening aan daders:

- Assessment and screening,
- Facilitating access to mental health support,
- Liaison,
- Information sharing,
- Multiagency arrangements,
- Data collection and analysis.

Verder zijn er zes elementen die onderzocht moeten worden om vast te stellen of deze gebieden cost-effective en levensvatbaar zijn:

- Statement of purpose,
- Policy,
- Management,
- Resourcing,
- Practice,
- Continuous professional development.

165

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2006). *Circuitvorming in de forensische psychiatrie*. Amsterdam: EFP, Spinhex & Industrie.

Evaluatie door – en uitstroom van psychiatrische patiënten.

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