

University of Groningen

Over grenzen en open vensters

Hummelen, Jacobus Wibbo (Ko)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2011

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Hummelen, J. W. K. (2011). *Over grenzen en open vensters*. Rijksuniversiteit Groningen.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Over grenzen en open vensters

J.W. Hummelen

Rede uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van bijzonder hoogleraar
in de forensische psychiatrie
aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid
van de Rijksuniversiteit Groningen

op 8 februari 2011

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer geachte aanwezigen,

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.

Deze voordracht omvat drie niveau's; het niveau van de patiënt, het niveau van de kliniek en het niveau van de samenwerking tussen klinieken. Op het niveau van de patiënt wordt de methode van de motiverende gespreksvoering besproken. Deze methode wordt binnen de reguliere verslavingszorg veel gehanteerd om patiënten te bewegen aan een behandeling mee te werken. Er wordt ingegaan op de vraag of deze methode ook werkt bij een forensische populatie. Vervolgens komt ter sprake dat het begrip motivatie te beperkt is om de factoren te beschrijven die een rol spelen bij het deelnemen aan een behandeling. In dit verband wordt ingegaan op het concept readiness to change. Dit concept omvat ondermeer de contextuele factoren die op een patiënt remmend of bevorderend kunnen werken om actief te participeren aan een behandeling.

Het tweede niveau betreft dat van de kliniek. Besproken wordt dat forensische klinieken een structurele tendens tot een interne gerichtheid hebben. Deze interne gerichtheid heeft een negatieve invloed op het behandelmilieu van een kliniek. Er wordt een werkwijze geïntroduceerd waarop behandelplanevaluaties binnen een team worden vormgegeven waardoor deze tendens tot interne gerichtheid voor een deel kan worden tegengegaan.

Tenslotte komt het niveau van samenwerking tussen klinieken ter sprake. Voorgesteld wordt om bij een opnameduur langer dan een jaar externe professionals in te schakelen voor de beoordeling van de ingestelde behandeling. Tevens wordt ingegaan op de externe inhoudelijke toetsing van de behandeling van patiënten met een tbs-maatregel.

Niveau van de patiënt

Motiverende gespreksvoering

Een behandeling dient te worden afgestemd op de specifieke behoeften van een patiënt. Dit responsiviteitsprincipe houdt in dat een behandeling dient aan te sluiten bij de kenmerken van een patiënt, zoals zijn leerstijl, intelligentie en motivatie (Andrews & Bonta, 2003; Andrews, Bonta & Wormith, 2006). Bij dit laatste kenmerk wordt vaak gebruik gemaakt van de techniek van de motiverende gespreksvoering. Deze techniek bestaat uit:

- > het vermijden van directe confrontaties met het gedrag van de patiënt;
- > het tonen van begrip voor de beleving van de patiënt;
- > het laten groeien van het besef dat het actuele gedrag afwijkt van de door de patiënt aangegeven waarden en doelen;
- > het versterken van het zelfvertrouwen van de patiënt zodat hij de problemen kan aanpakken (Miller & Rollnick, 2002).

De motiverende gespreksvoering is ontwikkeld binnen de reguliere verslavingszorg. De effectiviteit binnen de verslavingszorg is aangetoond door Burke, Arkowitz & Menchola (2003), maar de vraag is of deze motiverende gespreksvoering eveneens werkt bij een forensische populatie. McMurrin (2009) onderzocht in totaal negentien studies over de effecten van motiverende gespreksvoering bij forensische patiënten, met voor het grootste deel, verslavingsproblematiek. De behandeling vond plaats in detentie of ambulantly. Een van de uitkomstmaten was het afmaken van de behandeling. In het Verenigd Koninkrijk maakt 45% van de forensische patiënten een poliklinische behandeling niet af (McMurrin & Theodosi, 2007). Voor Nederland komt dit cijfer in 2011 beschikbaar als een van de prestatie-indicatoren (Zichtbare Zorg).

Motiverende gespreksvoering houdt meer patiënten met verslavingsgerelateerde delicten in behandeling. Niet alle studies laten een vermindering van verslavingsgedrag zien; slechts een deel van de studies laat een positieve invloed zien op de recidive. De effectiviteit van motiverende gespreksvoering bij forensische patiënten zonder verslavingsproblematiek is tot op heden onduidelijk.

Recent zijn de uitgangspunten van de motiverende gesprekstechniek bekritiseerd. Een van de kritiekpunten is dat er bij motiverende gespreksvoering teveel van uit wordt gegaan dat een begripvolle houding van de therapeut leidt tot een positieve ontwikkeling bij de patiënt (Constantino et al., 2009). Ward et al. (2004) geven fundamentele kritiek. Zij geven aan dat het begrip motivatie tekortschiet om de factoren te beschrijven die er toe leiden dat een patiënt actief deelneemt aan behandeling. Het begrip motivatie verwijst naar de *individuele keuze* om te veranderen en in behandeling te gaan. Er spelen echter meer factoren een rol, zoals de kenmerken van een behandeling. Een studie van McMurran & McCulloch (2007) laat dit zien. Een groep patiënten die een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma afbrak, bleek qua motivatie niet te verschillen van degenen die de behandeling afmaakten. De groep had echter moeite met het groepsgerichte karakter. Verder speelt het beeld dat de patiënt van de therapeut heeft een rol. Verwacht men van de therapeut steun of wordt deze vooral als een bedreiging van de eigen autonomie gezien? Ook het stressniveau van de patiënt speelt een rol. Een hoog stressniveau kan de drempel voor een behandeling verlagen, maar kan ook juist bijdragen aan weerstand hiertegen. Belangrijk is hierbij dat de behandeling aansluit bij het stress-niveau van de patiënt. Ook het aspect van het tijdstip waarop men een behandeling aanbiedt is van betekenis.

Readiness to change

Zo gezien is motivatie slechts één van de variabelen die een rol spelen bij deelname aan een behandeling. Een meer omvattend concept dat recht doet aan al deze factoren is het begrip *readiness to change*. Deze bereidheid tot verandering kan gezien worden als een geleidelijk proces waarin men zich als eerste zorgen gaat maken om het eigen gedrag, vervolgens specifiek gedrag wil veranderen en tenslotte dit specifieke probleem op een specifiek tijdstip met een specifieke behandeling wil aanpakken (Ward et al., 2004; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Bij *readiness to change* wordt ervan uitgegaan dat naast individuele factoren van de patiënt, zoals zijn verwachtingen en stressniveau, ook kenmerken van een behandeling en contextuele factoren meespelen. Een contextuele factor is bijvoorbeeld de invloed van familie op de patiënt, maar ook het behandelmilieu in een kliniek.

Het readiness-concept omvat het responsiviteitsprincipe. Dit betekent dat de therapie dient aan te sluiten bij de individuele behoeften van de patiënt. Er kan spanning ontstaan tussen het aansluiten bij de individuele kenmerken van de patiënt en het werken met *evidence-based*, geprotocolleerde therapieprogramma's. Er wordt terecht veel waarde gehecht aan het uitvoeren van behandelingen aan de hand van een protocol, maar dergelijke behandelingen sluiten niet altijd aan bij een individu. De vraag is hoe groot de werkzaamheid van een behandeling is wanneer er meer ruimte zou zijn voor een individuele benadering bij een patiënt. Deze vraag vereist dat de factoren die de bereidheid tot verandering bepalen worden gemeten en dat deze worden meegenomen in het onderzoek naar de werkzaamheid van een behandeling. Dit betreft ook de contextuele factoren die juist bij *evidence-based* studies vaak buiten het onderzoeksdesign worden gelaten.

Maar ook in de dagelijkse klinische praktijk is het meten van readiness-factoren zinvol. Readiness-factoren zijn niet statisch, maar kunnen door de tijd variëren, waardoor herhaalde metingen zinvol kunnen zijn. Aan de hand van de uitkomst van deze metingen kan een gesprek met de patiënt worden aangegaan en kan het behandelplan

eventueel worden aanpast. Op deze manier staat niet het aanbieden van een behandeling centraal, maar de wijze waarop de patiënt zich verhoudt ten opzichte van de behandeling. Anders gezegd: niet het aanbod, maar de patiëntgerichtheid staat centraal.

De ontwikkeling van instrumenten die readiness-factoren bij forensische patiënten meten, is van betrekkelijk recente datum (McMurrin & Ward, 2010). Een voorbeeld van een dergelijk instrument is de door Gudjonsson et al. (2007) ontwikkelde *Patient Attitude Questionnaire*. Die bevat onder meer vragen naar de perceptie van de patiënt van het behandelmilieu. Hierbij worden vragen voorgelegd over de door de patiënt ervaren bejegening door de staf en het niveau van stress op de afdeling.

De uitkomsten van deze vragenlijst geven niet alleen een beeld van hoe een patiënt zijn behandelomgeving beleeft, maar kunnen ook verschillen in behandelmilieu tussen afdelingen zichtbaar maken. In de studie van Gudjonsson et al. (2007) werden significante verschillen gevonden tussen drie onderzochte afdelingen. Deze verschillen kunnen berusten op verschillen in de populatie patiënten, maar kunnen ook een uiting zijn van een disfunctioneel behandelmilieu.

Het is wenselijk om onderzoek te doen naar de mogelijkheid de effectiviteit van de behandeling te verhogen door het regelmatig meten en bespreken van de perceptie van patiënten van het behandelmilieu.

Niveau van de kliniek

Interne gerichtheid

De behandelcontext kan een rol spelen als bevorderende of remmende factor voor de patiënt om actief aan een behandeling mee te doen. Elke klinische behandelsetting, dus niet alleen een forensische, zal zich moeten afgrenzen van de omringende maatschappij om een behandelmilieu te kunnen creëren. Binnen dit milieu gelden eigen regels, waardoor pathologisch gedrag beter kan worden gehanteerd dan in de maatschappij en de patiënt niet vanwege zijn gedrag wordt uitgestoten. Ook biedt een behandelmilieu de ruimte om nieuw gedrag aan te leren en te oefenen.

Door deze afgrenzing ontstaat een afgeschermd milieu waarin de realiteitsconfrontatie met de eisen van de maatschappij is afgenomen. Dit geldt niet alleen voor patiënten, maar ook voor medewerkers. Niet-functioneel gedrag van medewerkers kan hierdoor in stand blijven en genormaliseerd worden. Bewust of onbewust ontstaat binnen een kliniek een eigen norm van “zo doen we het hier”. Naarmate de afgrenzing sterker is, mag verwacht worden dat deze interne gerichtheid verder toeneemt.

Bij forensische klinieken is de afgrenzing van de maatschappij sterker dan binnen de algemene psychiatrie. Bij deze sterkere afgrenzing spelen meerdere aspecten een rol. Ten eerste kunnen patiënten die niet tevreden zijn met hun behandeling in de regel niet beslissen om met ontslag te gaan, of in ieder geval niet zonder forse consequenties. Dit houdt in dat medewerkers zich niet hoeven in te spannen om hun klanten te behouden. Door de vaak lange opnameduur is er daarnaast meestal een beperkte doorstroming op een afdeling. Hierdoor kan de interactie met patiënten te voorspelbaar worden, waardoor het appél op de medewerkers afneemt. Ten derde kunnen professionals in de regel niet zelf verlos voor hun patiënten regelen, maar vereist dit flatterende door externe instanties. Deze procedures maakt de professi-

onal in zekere mate machteloos, hetgeen kan leiden tot passiviteit. Ten slotte maakt het beveiligingsaspect van een kliniek dat de drempel om van buitenaf de kliniek te betreden wordt verhoogd. Voor de medewerkers in de kliniek houdt het veiligheidsaspect onder meer in dat men altijd bedacht dient te zijn op het inroepen van hulp van teamgenoten. Een dergelijke werkwijze wijkt sterk af van wat in de maatschappij gebruikelijk is.

De interne gerichtheid binnen een kliniek kan zich op diverse manieren uiten. Zo kan bij een behandeling het actuele gedrag van een patiënt binnen een kliniek centraal komen te staan, in plaats van de eisen waaraan een patiënt moet voldoen om in een vervolgsetting te kunnen functioneren. Een voorbeeld hiervan is de patiënt die in een kliniek een grote mate van ondersteuning krijgt, terwijl die niet beschikbaar is in de vervolgsetting. Doordat de patiënt niet geleerd wordt met minder ondersteuning te functioneren, is er een gerede kans dat overplaatsing naar een vervolgsetting niet goed zal verlopen.

Interne gerichtheid kan daarnaast het behandelmilieu beïnvloeden. Teamleden dienen in hun contact met patiënten voortdurend de realiteit te vertegenwoordigen (Janzing & Kerstens, 2005). Dit betekent dat teamleden onder de druk van dreiging, wantrouwen en heftig gedrag geen negatieve interacties aangaan en laten zien hoe men op een normale manier met elkaar omgaat. Door interne gerichtheid kan het behandelmilieu afglijden naar minder functionele interactiepatronen.

Interne gerichtheid leidt ook tot een vernauwing van het blikveld. Dit kan inhouden dat men overmatig gericht is op de eigen werkwijze en weinig open staat voor veranderingen.

Tegengaan interne gerichtheid

De oorzaak van de tendens tot interne gerichtheid ligt niet bij de medewerkers van klinieken, maar is een inherent kenmerk van een forensische kliniek. Als interne gerichtheid een structureel kenmerk is van forensische klinieken dan dienen er structurele maatregelen te worden getroffen die deze gerichtheid tegengaan. Het leidende principe bij deze maatregelen kan worden aangemerkt als het versterken van de realiteitsconfrontatie.

Binnen een behandelteam kunnen werkwijzen worden ingevoerd die de interne gerichtheid tegengaan. Een voorbeeld hiervan is de manier waarop behandelplanevaluaties worden georganiseerd. Een vaak gehanteerde werkwijze bestaat uit het bespreken van het functioneren van een patiënt in de afgelopen periode en de evaluatie van de gestelde behandeldoelen. Ieder teamlid kan zijn observaties geven, waarna men tot een consensus komt over het te formuleren behandelbeleid. Wanneer teamleden verschillen in hun beoordelingen over het functioneren van een patiënt, zijn deze verschillen door het ontbreken van een gedeeld beoordelingskader niet te wegen. Het risico van een dergelijke werkwijze is dat het accent snel komt te liggen op de beoordelingen waarover men het eens is.

Binnen een forensisch psychiatrische afdeling introduceerden wij het door de sociotherapeuten en behandelaars, voorafgaand aan de behandelplanevaluatie, afzonderlijk van elkaar scoren van de klinische en toekomstige risicofactoren van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002). Klinische risicofactoren zijn eigenschappen van de patiënt die door de behandeling kunnen worden beïnvloed. Toekomstige risicofactoren betreffen de situatie na ontslag uit de kliniek. Beide disciplines werden vooraf getraind in het scoren van dit instrument. De HKT-30 is een veel gebruikt risicotaxatie-instrument dat, onder meer gebruikt wordt bij tbs-patiënten om te bepalen of het toekennen van verlof verantwoord is. In de hier besproken situatie is het instrument gebruikt als ordeningskader bij het vormgeven

van de behandeling. Hierbij worden aan hoog scorende risicofactoren bijpassende behandelinterventies gekoppeld. De risicotaxatie is hierdoor geïntegreerd in het behandelproces. Bij elke patiënt vindt eenmaal in de drie maanden een behandelplanevaluatie plaats.

Door deze werkwijze wordt een teamlid gedwongen zelfstandig deze risicofactoren te scoren. Door deze werkwijze worden de beoordelingen door elk teamlid in hetzelfde referentiekader geformuleerd, waardoor verschillen in beoordelingen (verschillen in scores) niet kunnen worden gemaskeerd. Naast de score dienen ook de observaties te worden aangegeven waarop de score is gebaseerd. De ervaring met deze werkwijze laat zien dat de sociotherapeuten een veel actievere inbreng in de besprekingen hebben en er meer discussie plaatsvindt. Ook worden de besprekingen beter voorbereid. Het alleen scoren van de risico-items volstaat niet. Men dient zijn score te kunnen beargumenteren, met name bij tijdens de bespreking gebleken verschillen. Op deze manier worden er hogere eisen aan de inbreng van teamleden gesteld dan wanneer men een vrije inbreng hanteert.

Er is verder onderzocht in hoeverre de scores van de verschillende disciplines onderling en ten opzichte van de consensus-score verschillen (Hummelen, Zuidam, ter Horst, Noorthoorn, in voorbereiding). De consensus wordt gescoord na discussie door een andere professional; deze is wel bekend met de patiënt, maar is minder intensief bij de behandeling betrokken. Bij 68 patiënten werden in totaal 142 metingen gedaan. De beoordeling betreft het functioneren op de afdeling in de afgelopen drie maanden. De consensus-somscore over alle dertien klinische risicofactoren is zowel ten opzichte van de sociotherapeuten als de behandelaars significant hoger. Ervan uitgaand dat de consensus-score de gouden standaard is, betekent dit dat beide disciplines het niveau van functioneren van patiënten te positief beoordelen.

Er zijn vier onderdelen waarbij beide disciplines het niveau van functioneren van de patiënten significant te hoog inschatten. Deze onderdelen betreffen:

- > de mate van vijandigheid waarmee de patiënt zich opstelt;
- > de mate waarin de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor zijn delict;
- > de mate waarin de patiënt in staat is tot zelfredzaamheid;
- > de omvang van psychotische symptomen.

Verder scoren de sociotherapeuten op drie onderdelen de patiënt positiever dan de consensus. Dit betreft:

- > de mate waarin een patiënt empathie heeft voor anderen;
- > zijn sociale vaardigheden;
- > de *coping*-vaardigheden.

Het blijkt dat beide disciplines, vanuit hun eigen invalshoek, een neiging hebben het functioneren van de patiënt te positief te beoordelen. Na een gestructureerde discussie aan de hand van de inhoud van de items, ontstaat het besef dat de patiënt minder goed functioneert dan eerst gedacht. Mogelijk kunnen de hogere consensus-scores verklaard worden door het feit dat er tijdens de discussie meer informatie beschikbaar is dan waarop de afzonderlijke scores worden gebaseerd, of door de invloed van degene die de consensus scoort.

Ook een andere hypothese is mogelijk. De bevinding lijkt te wijzen op een selectie van informatie. Positief gedrag wordt versterkt waargenomen of negatief gedrag wordt vaker genegeerd. Deze selectie treedt mogelijk nog sterker op bij de sociotherapeuten die acht uur per dag met deze patiënten in het leefmilieu werken. Deze discipline scoort drie items positiever dan de consensus waarvan twee items zich vooral laten beoordelen binnen de leefgroep, te weten sociale vaardigheden en coping-vaardigheden. Men zou deze selectie kunnen beschouwen als een psychisch mechanisme waardoor medewerkers het volhouden om met deze moeilijke en vaak dreigende groep patiënten te blijven werken. Daarnaast kan de persoonlijke betrokkenheid van medewerkers bij patiënten een rol spelen. De selectie van informatie kan worden opgevat als een uiting van de tendens tot interne gerichtheid in een forensische kliniek waardoor er een vertekening ontstaat van de realiteit.

Ook bij de toekomstige situatieve risicofactoren is de consensus-somscore van alle items significant hoger dan van beide disciplines. Er zijn significante verschillen op de meeste risico-items tussen de disciplines. Deze verschillen blijken voor een belangrijk deel terug te voeren op onvoldoende duidelijkheid binnen de teams over naar welke vervolgsetting wordt toegewerkt. De blik is vooral gericht op het functioneren in de kliniek. Hierdoor kan vastgesteld worden dat de eisen die een vervolgsetting stelt aan een patiënt onvoldoende systematisch bij de behandeling worden betrokken.

Samenwerking tussen klinieken

De structurele tendens tot interne gerichtheid is ook een van de factoren waardoor het versterken van samenwerking tussen de forensische klinieken onderling en met het forensisch psychiatrisch veld traag verloopt. Er zijn in de afgelopen twintig jaar veel initiatieven genomen om de samenwerking binnen het forensische veld te vergroten (Meyer, 2006). In de jaren 2002 tot 2005 stelde het ministerie van Justitie geld beschikbaar voor het ontwikkelen van circuitvorming. Een van de doelstellingen van circuitvorming is de continuïteit van de zorg zodat een patiënt de passende behandeling op het juiste moment ontvangt. Hierbij staat de afstemming van de in- en uitstroom van patiënten centraal. Een andere doelstelling is samenhang in het programma-aanbod. Hierbij is het van belang dat de behandelmethoden van instellingen op elkaar aansluiten. Het is onwenselijk dat een patiënt in een vervolgsetting een geheel andere behandeling krijgt dan in de kliniek waar hij eerst was opgenomen.

In 2006 is dit project geëvalueerd (Meyer, 2006). Er werd een positieve ontwikkeling signaleerd ten aanzien van de aandacht voor doorstroming van patiënten. Tegelijkertijd waren er ook kritische geluiden. Men gaf aan dat het moeilijk is de motivatie voor de circuitvorming vast te houden. Soms verschenen instellingen na verloop van tijd niet meer bij bijeenkomsten. Instellingen verscholen zich bovendien soms achter bestaande samenwerkingsverbanden, waardoor ze niet actief waren bij de circuitvorming.

We zijn nu een aantal jaren verder en de circuitvorming heeft zich verder ontwikkeld. De effecten daarvan zijn nog niet in beeld gebracht. Wel zijn twee duidelijke verbeteringen zichtbaar. Allereerst zijn er sinds 2008 forensische zorgprogramma's beschikbaar. Er zijn onder meer zorgprogramma's voor patiënten met psychotische stoornissen, voor persoonlijkheidsstoornissen en voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag (EFP, 2008). Door het implementeren van deze zorgprogramma's kan een samenhangend behandelprogramma

ontstaan. Het is zinvol om te onderzoeken hoe het is gesteld met de implementatie van deze zorgprogramma's. Een andere positieve ontwikkeling is de samenwerking tussen klinieken op het gebied van onderzoek zoals een landelijke databank van risicotaxaties van tbs-patiënten (Mevis & Raes, 2009). Ondanks deze vooruitgang concludeert Tervoort in 2009 dat de forensisch psychiatrische zorg in Nederland sinds jaar en dag gefragmenteerd functioneert en dat de hiertegen genomen maatregelen onvoldoende effect sorteren. Als achterliggende redenen noemt hij ondermeer de verschillen tussen de instellingen in belangen, in expertise en in cultuur.

De samenwerking binnen het forensische veld is tot op heden grotendeels beperkt tot activiteiten die buiten de deur van de instellingen plaatsvinden. Vanuit de optiek van het tegengaan van interne gerichtheid is het van belang om binnen de kliniek professionals van andere klinieken te betrekken bij het vormgeven van individuele behandelingen. Dit kan door externe professionals individuele behandelingen inhoudelijk te laten beoordelen. Door externe professionals op deze manier structureel bij de behandeling te betrekken wordt de afgrenzing van een forensische kliniek voor een deel doorbroken.

Het door externe professionals laten beoordelen van ingestelde behandelingen is met name van belang bij patiënten die langdurig zijn opgenomen. Ik pleit ervoor om een dergelijke beoordeling standaard in te voeren bij patiënten die langer dan een jaar zijn opgenomen. Voor deze beoordeling spreekt de externe professional met de patiënt en is hij aanwezig bij een teambrede behandelplanevaluatie. De externe professional beschrijft zijn bevindingen aan de hand van de beantwoording van een aantal standaardvragen. Deze beantwoording is te beschouwen als een *second opinion*. Hieronder wordt op een mogelijke standaardvraagstelling ingegaan. Er mag verwacht worden dat de representatie van de externe realiteit binnen de behandeling door deze werkwijze wordt versterkt. Dit geldt niet alleen voor de behandeling van een individuele patiënt; een externe professional kan ook het oppakken van nieuwe inhoudelijke ontwikkelingen faciliteren. De beoordeling van het behandelbeleid door collegae zal waarschijnlijk de eigen kritische blik versterken. Maar dit open venster werkt naar twee

kanten. Niet alleen ontvangt een instelling externe collegae, professionals kunnen ook zelf behandelingen van andere instellingen inhoudelijk beoordelen. Door het wederzijds verkrijgen van second opinions kan men zich bewust worden van de eigen behandelvisie en eventuele blinde vlekken. Verder komt er daardoor een inhoudelijk netwerk van professionals tot stand, waardoor de in- en uitstroom van patiënten zou kunnen verbeteren.

Het inschakelen van externe professionals zou een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van een kliniek dienen te zijn. Hierbij kan jaarlijks een percentage van het aantal patiënten worden bepaald waarbij een second opinion dient te hebben plaatsgevonden. Doordat een kliniek zo beschikt over meerdere second opinions, kunnen structurele lacunes in het behandelbeleid sneller zichtbaar worden.

Externe inhoudelijke toetsing tbs-maatregel

Het op regelmatige basis laten beoordelen van het behandelbeleid door externe professionals kan ook gebruikt worden om de kwaliteit van de behandeling te versterken van patiënten met tbs met dwangverpleging. Zoals hierboven beschreven is een lange opnameduur een factor die bijdraagt aan de tendens tot interne gerichtheid. Dit is in het bijzonder van toepassing op tbs-klinieken waarbij behandelingen vele jaren kunnen duren. Van Kuijk, Raes en van der Wolf (2010) beschrijven dat er onder de huidige wetgeving formeel geen externe inhoudelijke toetsing van de behandeling plaatsvindt. Na het opleggen van de tbs-maatregel kan deze telkens met één of twee jaar worden verlengd. Bij een aanvraag van verlenging van de maatregel dient aan de rechtbank een advies te worden overlegd. Dit advies wordt opgesteld door medewerkers van de tbs-kliniek waar de patiënt wordt behandeld en wordt formeel uitgebracht door het hoofd van de inrichting. Bij dit advies staat een beoordeling van het recidiverisico centraal. Pas wanneer een tbs-maatregel langer dan zes jaar gaat duren, worden twee externe gedragsdeskundigen ingeschakeld om een rapportage uit te brengen. Ook bij deze rapportages staat de beoordeling van het

recidiverisico centraal. De toetsing van de inhoud van de behandeling blijft bij de huidige standaardvraagstelling beperkt tot de vraag of de rapporteur opmerkingen heeft aangaande het risicomangement of de behandeling. Deze vraagstelling is weinig specifiek en houdt geen systematische beoordeling van de aangeboden behandeling in. De verlengingsrechter kan eventuele opmerkingen over de inhoud van de behandeling vermelden onder de kop “overwegingen ten overvloede”. Een kliniek heeft echter de mogelijkheid dergelijke opmerkingen naast zich neer leggen.

Van Kuijck en zijn mede-auteurs (2010) staan vanuit het oogpunt van de rechtspositie en de kwaliteit van de behandeling een externe beoordeling van individuele behandeltrajecten voor. Een mogelijkheid die deze auteurs noemen, is het door externe rapporteurs laten verichten van periodieke voortgangsrapportages en het juridisch mogelijk te maken dwingende aanwijzingen te geven ten aanzien van de behandeling. Deze auteurs zijn echter huiverig voor een verdere juridisering van het behandeltraject, mede doordat er reeds zoveel instanties betrokken zijn bij de tenuitvoerlegging van de tbs-maatregel. Zij willen dit niet verder belasten met procedures. Zij pleiten daarom voor praktische oplossingen en een cultuur waarin het vanzelfsprekend is dat behandelaars open staan voor kritiek. Een dergelijke praktische oplossing is mijns inziens het door een externe professional eenmaal per jaar laten beoordelen van de individuele behandeling.

Hierboven werd al beschreven dat de externe professional hierbij zijn bevindingen aan de hand van een standaardvraagstelling vastlegt. Deze standaardvraagstelling kan de volgende vragen omvatten:

- > In hoeverre is de behandeling gericht op (a) een afname van het recidiverisico en (b) op een (vorm van) terugkeer in de maatschappij? Indien de behandeling hier niet op gericht is, wat is/zijn hiervoor de reden(en)?
- > In hoeverre is er sprake van een adequaat risicomangement?
- > In hoeverre zijn de doelstellingen geoperationaliseerd op gedragsniveau?
- > In hoeverre zijn er vooraf termijnen gesteld waarbinnen voortgang dient te worden

- > bereikt ten aanzien van beoogde doelen?
- > Is er, indien de behandeling na verstrijken van de gestelde termijn tot onvoldoende resultaat heeft geleid, voldoende gepoogd voortgang te bereiken door een andere benadering in te stellen?
- > In hoeverre zijn de aangeboden behandelinterventies in overeenstemming met de huidige stand van de wetenschap?
- > Heeft u opmerkingen en/of suggesties over de ingestelde behandeling?

De uitkomst van de second opinion wordt zowel aan de behandelers als aan de patiënt verstrekt. Het is hierdoor voorstelbaar dat de bevindingen van de externe professional een rol gaan spelen bij de verlengingszittingen. De uitkomsten van de second opinions kunnen zowel door de kliniek als patiënt worden ingebracht. Deze uitkomsten dragen bij aan het verschaffen van inzicht aan de rechtbank over het verloop van de behandeling. Hierdoor kan de beoordeling van het recidiverisico door de rechtbank worden verbeterd. Verder kunnen de bevindingen worden gebruikt in het kader van een verlofaanvraag.

Recent is door de klinieken die tbs-patiënten behandelen het plan gepresenteerd om bij het verlengingsadvies een globale gestandaardiseerde prognose te geven van de intramurale behandelduur (Verwaaijen, 2011). Jaarlijks wordt de afgegeven prognose intern getoetst bij de behandelplanevaluatie. Ook worden richtlijnen voorgesteld voor de termijn waarbinnen in principe verlof wordt aangevraagd. Daarbij wordt aangegeven dat de externe gedragsdeskundigen de gestelde prognose bij de zes-jaarse rapportage kunnen toetsen. Om deze toetsing tijdig te doen plaatsvinden wordt de mogelijkheid geopperd de externe rapportages om de drie jaar te laten plaatsvinden. Bij dit voorstel ligt het accent op het trachten verkorten van de behandelduur. Dit is op zich wenselijk, maar daarbij dient wel opgemerkt te worden dat de toetsing van de kwaliteit van de behandeling grotendeels buiten beschouwing blijft. Op zijn vroegst zou deze toetsing aan bod kunnen komen na drie jaar behandeling, indien de termijn voor de rapportage door externe deskundigen wordt gesteld op drie in plaats van zes jaar.

Eenmaal in de drie jaar is mijns inziens echter niet frequent genoeg om de kwaliteit van de behandeling te toetsen en suggesties te kunnen geven om stagnatie van een behandeling te voorkomen.

Indien de klinieken bij de behandeling van tbs-patiënten bereid zouden tot het jaarlijks laten verrichten van een second opinion, blijft echter dat deze inbreng geen formeel juridische status heeft binnen de tbs-maatregel. Tegelijkertijd geldt dat verbeteringen van de kwaliteit van de behandeling niet alleen mogelijk zijn in een dwingend kader. Het structureel laten verrichten van second opinions vergroot de transparantie van de behandeling. Deze transparantie zou kunnen bijdragen aan het versterken van draagvlak voor de tbs-maatregel.

De samenwerking tussen klinieken op het gebied van de patiëntenzorg is ook op andere gebieden mogelijk. Momenteel doen we onderzoek naar de wijze waarop forensische klinieken omgaan met patiënten die fysiek geweld plegen tegen medewerkers. In dit verband hebben wij een regeling ontworpen waarbij klinieken de mogelijkheid hebben voor een *time-out* van deze patiënten bij een andere kliniek (Schreurs, Hummelen & Joldersma, 2010).

Vijf clusters klinische zorg

Zoals besproken vereist het zorgen voor voldoende externe oriëntatie bij forensische klinieken specifieke maatregelen. Een van die maatregelen is een inhoudelijke samenwerking over de grenzen van de klinieken heen. Maar op welke schaal dient deze samenwerking te worden georganiseerd? Deze zou niet te groot moeten zijn, aangezien er dan onvoldoende opbouw van persoonlijk contact plaatsvindt en zich geen netwerk van professionals kan vormen. Ook vormt dan de reisafstand een obstakel. Een te kleine schaalgrootte beperkt daarentegen het aantal beschikbare professionals. Mijn suggestie is om uit te gaan van het aantal penitentiair psychiatrische centra. Deze centra bieden forensische zorg binnen detentie. Er zijn vijf van dit soort centra in Nederland. Landelijk zouden er dan vijf clusters van klinische

forensische zorg kunnen worden gevormd, bestaande uit een penitentiair psychiatrisch centrum, twee tot drie forensisch psychiatrische centra (tbs-klinieken), twee tot drie forensisch psychiatrische afdelingen (die onderdeel uitmaken van de GGZ) en mogelijk een forensisch psychiatrische (hoog beveiligde) kliniek. Binnen deze clusters kunnen professionals over en weer betrokken worden bij de beoordeling van individuele behandeltrajecten. Deze klinische clusters kunnen onderdeel gaan vormen van de bredere circuits voor forensische patiënten, waaraan ook andere partners deelnemen zoals de forensische verslavingszorg en de reclassering.

Open vensters

Naast aandacht voor grenzen is het tevens van belang om oog te hebben voor open vensters. Het meten van de perceptie van het behandelmilieu geeft een blik op hoe een patiënt in de behandeling staat. Het ontwikkelen van hetzelfde referentiekader binnen een team, zoals met de HKT-30 gebeurt, geeft daarbij een beter zicht op mogelijke verschillen in beoordeling van het gedrag van patiënten. Het laten verrichten van second opinions toont ten slotte de bereidheid tot het ter discussie stellen van de eigen opvattingen.

Ik heb gezegd.

Literatuur

- Andrews, D.A., Bonta, J. (2003) *The psychology of criminal conduct*, 3rd edn. Cincinnati: Anderson
- Andrews, D.A., Bonta, J., Wormith, J.S. (2006) *The recent past and near future of risk and/or need assessment*. *Crime and Delinquency*, 52:7-27.
- Burke, B.L., Arkowitz, H., Menchola, M. (2003) *The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 843-861.
- Constantino, M.J., DeGeorge, J., Dadlani, M.B., Overtree, C.E. (2009) *Motivational interviewing: A bellwether for context-responsive psychotherapy integration*. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1246-1253.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (2000) *The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour*. *Psychological Inquiry*, 11: 227-268.
- Drieschner, K.H., Verschuur, J. (2010) *Treatment engagement as a predictor of premature treatment termination and treatment outcome in a correctional outpatient sample*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20: 86-99.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2008) *Landelijke Zorgprogramma's*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Gudjonsson, G.H., Young, S., Yates, M. (2007) *Motivating mentally disordered offenders to change: Instruments for measuring patients' perception and motivation*. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 18:74-89.
- Hummelen, J.W., Zuidam, Y. van, Horst, P.R.M. ter, Noorthoorn, E. *Overeenkomsten en verschillen in beoordeling van de klinische risicofactoren van de HKT-30 door sociotherapeuten en behandelaars*. (in voorbereiding).
- Janzing, C., Kerstens, J. (2005) *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghem.
- Kuijck, Y.A.J.M. van, Raes, B.C.M., Wolf, M.J.F. van der (2010) *Externe bijstelling van individuele behandeltrajecten in de tbs*. *Delikt en Delinquent*, 3:38-50.
- McMurrin, M. (2009) *Motivational interviewing with offenders: A systematic review*. *Legal and Criminological Psychology*, 14: 83-100.

- McMurran, M., McCulloch, A. (2007) *Why don't offenders complete treatment? Prisoners' reasons for non-completion of a cognitive skills programme*. *Psychology, Crime and Law*, 13: 345-354.
- McMurran, M., Theodosi, E. (2007) *Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment?* *Psychology, Crime and Law*, 13:333-343.
- McMurran, M., Ward, T. (2010) *Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20:75-85.
- Mevis, P.A.M., Raes, B.C.M. (2009) *Spitsroeden lopen bij de tenuitvoering van de maatregel van tbs*. *Delikt en Delinkwent*, 2:19-31.
- Meyer, J. (2006) *Circuitvorming in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2002) *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Parhar, K.K., Wormith, J.S., Derkzen, D.M., Beauregard, A.M. (2008) *Offender coercion in treatment. A meta-analysis of effectiveness*. *Criminal Justice and Behavior*, 35: 1109-1135.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Norcross, J.C. (1992) *In search of how people change: Applications to addictive behaviours*. *American Psychologist*, 47:1102-1114.
- Schreurs, S.J.W., Hummelen, J.W., Joldersma, F. (2010) *Ontwerpregeling 'Hoe te handelen na ernstige agressie van een patiënt jegens hulpverlener(s) in de klinische forensische psychiatrie'*. Warnsveld: GGNet.
- Tervoort, M. (2009) *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*. Assen: van Gorcum.
- Verwaaijen, A.A.G. (2011) *Tbs uit de klem: een voorstel om de maatschappelijke veiligheid op korte en op langere termijn te verbeteren*. *Sancties*, 1: 40- 55.
- Ward, T., Day, A., Howells, K., Birgden, A. (2004) *The multifactor offender readiness model*. *Aggression and Violent Behavior*, 9:645-673.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002) *Handleiding HKT-30. Risicotaxatie in de Forensische Psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Het protocol van de Rijksuniversiteit staat het niet toe dat bij de oratie woorden van dank worden uitgesproken. Dit protocol geldt echter niet voor de schriftelijke uitgave en ik wil gaarne van deze mogelijkheid gebruik maken.

Ik dank het bestuur van de stichting Koningsheide voor het in mij gestelde vertrouwen.

De Raad van Bestuur van GGNet en het management van de Forensisch Psychiatrische Afdeling 'De Boog' te Warnsveld, dank ik voor de geboden faciliteiten om invulling te geven aan deze bijzondere leerstoel.

Mijn dank gaat uit naar prof dr. G.J.Zwanikken die als opleider in de psychiatrie en promotor mij diepgaand heeft gewezen op het belang van de context bij de analyse en behandeling van gestoord gedrag. Een inzicht dat ook binnen de forensische psychiatrie vrucht draagt.

Mw. mr. C.M. van Esch dank ik voor de inspirerende wijze waarop zij mij kennis heeft laten maken met de juridische kant van de forensische psychiatrie.

J.J.C. Hummelen dank ik voor de vele manieren waarop hij aan deze oratie heeft bijgedragen.

