




De delictanalyse in de forensische zorg

Augustus, 2015



Drs. M. Vrinten
Dr. M. Keulen - de Vos
Drs. S. Schel
Dr. M. Cima
Dr. E. Bulten





Colofon

Opdrachtgever
Kwaliteit Forensische Zorg

Financiering
Kwaliteit Forensische Zorg

Projectleiding
dr. E. Bulten, Pompestichting
dr. M. Cima, De Rooyse Wissel

Projectuitvoering
drs. M. Vrinten, Pompestichting (projectcoördinator)
drs. S. Schel, Pompestichting
drs. J. Muller, Pompestichting
dr. M. Keulen – de Vos, De Rooyse Wissel

Met dank aan
Alle functionarissen, patiënten en instellingen in het forensische zorgveld die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport. Ook gaat speciale dank uit aan José Muller voor haar hulp bij het afnemen van de interviews en de voorbereidingen van de expertmeetings.

Productie
Pompestichting & De Rooyse Wissel

Dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Samenvatting	6
Leeswijzer	9
Hoofdstuk 1: literatuuronderzoek	10
1.1. Literatuurstudie delictanalyse	10
1.1.1 Delictanalyse in Nederland	10
1.1.2 Gebruikte definities	11
1.1.3 Werkwijze delictanalyse	12
1.1.4 Delictanalyse in het buitenland	16
1.1.5 Effectiviteit delictanalyse	17
1.2. Conclusie	17
1.2.1 Aangrijpingspunten voor interventieontwikkeling.....	18
1.3. Literatuur.....	18
Hoofdstuk 2: Praktijkonderzoek	20
2.1. Methode	20
2.1.1 Verzamelen documentatie	21
2.1.2 Afname semi-gestructureerde interviews	21
2.2. Resultaten.....	22
2.2.1 Documentatie.....	22
2.2.2 Semi-gestructureerde interviews	28
2.3. Conclusie	40
2.3.1. Aangrijpingspunten voor interventieontwikkeling	41
2.4. Literatuur.....	42
Hoofdstuk 3: Verdiepend literatuuronderzoek	43
3.1. Theorieën	43
3.1.1 Risk-Need-Responsivity model	43
3.1.2 Good Lives Model.....	44
3.1.3 Terugvalpreventiemodel	45
3.1.4 Biopsychosociaal model	45
3.1.5 4-Factoren model.....	46
3.2. Therapeutische technieken en methoden	46



3.2.1 Shared Decision Making	46
3.2.2 Therapeutisch Psychologisch Onderzoek	47
3.2.3 Casusconceptualisatie	48
3.2.4 Functie- en betekenisanalyse.....	49
3.3. Aanverwante onderwerpen.....	50
3.3.1 Motivationale gesprekstechnieken	50
3.3.2 Treatment readiness.....	51
3.3.3 Risicotaxatie	52
3.4. Conclusie.....	53
3.4.1 Aangrijpingspunten voor interventieontwikkeling	53
3.5. Literatuur	55
Hoofdstuk 4: Ontwikkeling van de richtlijn voor delictanalyse	60
4.1. Beantwoording uitgangsvragen	60
4.2. Regieraad Kwaliteit van Zorg	60
4.3. Afwijkingen van de Regieraad	62
4.4. Procesbeschrijving	63
4.4.1 Methode.....	64
4.4.2 Resultaten	68
4.5. Pilotstudie.....	78
4.5.1 Methode.....	79
4.5.2 Resultaten.....	80
4.5.3 Beperkingen pilotstudie.....	83
4.6. Conclusie	83
4.7. Literatuur	83
Hoofdstuk 5: Richtlijn voor delictanalyse	85
5.1. Doel en doelgroep	85
5.2. Plaatsing delictanalyse binnen de behandeling.....	86
5.3. Richtlijn delictanalyse.....	87
5.4. Voorwaarden delictanalist.....	106
5.5. Risicotaxatie ten opzichte van de delictanalyse.....	106
5.6. Omgaan met ontkenning.....	107
5.7. Aanbevelingen specifieke groepen	108
5.7.1 Psychotische stoornissen	109



5.7.2 Autismespectrum stoornis.....	114
5.7.3 Licht Verstandelijke beperking	118
5.7.4 Stoornis in het gebruik van middelen	122
5.8. Literatuur.....	124
Hoofdstuk 6: Implementatie.....	127
6.1. Aanbevelingen vanuit de literatuur	127
6.2. Mogelijke belemmeringen implementatie van de richtlijn	129
6.3. Mogelijke bevorderende factoren voor implementatie	130
6.4. Suggesties voor implementatie van de richtlijn	131
6.5. Conclusie.....	133
6.6. Literatuur.....	133
Hoofdstuk 7: Kwaliteitscriteria.....	135
7.1. Kwaliteitscriteria en onderbouwing	136
7.2. Conclusie	141
7.3. Literatuur	142
Dankwoord	143
Bijlagen.....	144
Bijlage 1 Call KFZ 2013.11	144
Bijlage 2 Vragen semi-gestructureerd interview	146
Bijlage 3 Rapportageformat delictanalyse.....	147



Voorwoord

Dit rapport is door de Pompestichting en FPC De Rooyse Wissel tot stand gekomen tijdens de periode april 2014 – augustus 2015 in het kader van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). Het betreft een call die door KFZ in november 2013 is gepubliceerd (zie bijlage 1). Op verzoek van KFZ is onderzocht 1) hoe delictanalyse wordt gedefinieerd; 2) hoe de delictanalyse wordt vormgegeven in de forensische psychiatrische zorg en 3) op welke wijze er invulling gegeven moet worden aan de delictanalyse om tot een zo goed mogelijke uniforme delictanalyse te komen.

Voor velen is de delictanalyse een vanzelfsprekend onderdeel van de forensische zorg. Het onderzoek in het onderhavige rapport toont echter aan dat het beeld dat men heeft van de delictanalyse verre van eenduidig is. Uit het uitgebreide literatuur- en praktijkonderzoek is namelijk duidelijk geworden dat er een grote diversiteit bestaat in de gehanteerde begrippen (naast delictanalyse worden ook delictscenario en delictketen vaak gebruikt voor soortgelijke constructen) en dat er een enorme diversiteit in werkwijzen is. Ook in de wetenschappelijke literatuur worden geen aanwijzingen gevonden voor een best practice: slechts enkele onderzoekers hebben gerapporteerd over delictanalyse, waarbij systematisch onderzoek naar de effectiviteit van de delictanalyse ontbreekt. Binnen deze call is daarom aan de hand van alle resultaten uit het literatuur- en praktijkonderzoek en aanvullende expertmeetings, commentaarronde, patiëntinterviews en pilotstudie, een richtlijn geschreven voor delictanalyse.

Met de ontwikkeling van de richtlijn wordt nagestreefd dat de forensische psychiatrische zorg de richtlijn zal overnemen in haar dagelijkse praktijk. Onderzoek naar de effectiviteit (of effectieve bijdrage) van de delictanalyse kan zodoende in de toekomst worden onderzocht. Ook wordt de hoop uitgesproken dat de implementatie van de richtlijn in de forensische zorg bijdraagt aan een verbetering van de communicatie binnen én tussen instellingen.

Manouk Vrinten
Marije Keulen - de Vos
Sandra Schel
Maaïke Cima
Erik Bulten



Samenvatting

In de forensisch psychiatrische zorg in Nederland neemt de delictanalyse een belangrijke plaats in. Er bestond echter onvoldoende zicht op de wijze waarop hier invulling aan gegeven werd. In dit rapport is daarom uitvoerig onderzoek gedaan naar de delictanalyse in de forensische zorg. Enerzijds richtte dit onderzoek zich op de begripsverheldering; anderzijds was het onderzoek gericht op de inhoud en de daarbij horende precieze werkwijze van de delictanalyse. Om op beide uitgangspunten zicht te krijgen, werden twee literatuurstudies en een praktijkonderzoek uitgevoerd. Hoewel uit de resultaten van deze onderzoeken geen *evidence based practice* of *best practice* voor delictanalyse konden worden geïdentificeerd, boden de onderzoeken wel aangrijpingspunten voor de ontwikkeling van een interventie voor delictanalyse. Tezamen met verschillende methoden om de interventie te toetsen aan de praktijk, heeft dit geresulteerd in een richtlijn voor delictanalyse die toepasbaar is in de gehele forensisch psychiatrische zorg.

Literatuuronderzoeken

Uit het eerste literatuuronderzoek (hoofdstuk 1) is duidelijk geworden dat naast het begrip 'delictanalyse', ook begrippen als 'delictscenario(procedure)' en 'delictketen(methode)' worden gehanteerd. De gebruikte definities komen slechts gedeeltelijk overeen. Door sommigen wordt de delictanalyse opgevat als de activiteit van gegevens verzamelen over een delict, terwijl anderen de delictanalyse beschrijven als een holistische theorie over het delict en het delictrisico. Ondanks dit verschil in definitie, zijn er ook overeenkomsten te noemen. Zo gaan de definities uit van een procedure waarin het delict centraal staat. Tevens bevatten alle definities begrippen die gaan over factoren die uiteindelijk van invloed zijn op en leiden tot het plegen van een delict.

Opvallend was dat er nauwelijks gerapporteerd is over de delictanalyse. In artikelen waar de delictanalyse genoemd wordt, ontbreekt veelal informatie over de werkwijze en gehanteerde constructen en theoretische onderbouwing. Informatie over de effectiviteit of effectieve bijdrage van de delictanalyse werd niet gevonden. Om vanuit de wetenschappelijke literatuur aangrijpingspunten voor de ontwikkeling van een interventie voor delictanalyse te identificeren, bleek een extra literatuuronderzoek noodzakelijk waarin aan delictanalyse gelieerde onderwerpen in kaart worden gebracht.

In het verdiepend literatuuronderzoek (hoofdstuk 3) werden de meest voorkomende theorieën, therapeutische technieken en aanverwante onderwerpen (bijv. risicotaxatie) die raakvlakken hebben met de delictanalyse bestudeerd met als doel aangrijpingspunten te identificeren voor de ontwikkeling van een interventie voor delictanalyse. Het Risk-Needs-Responsivity model, het Good Lives Model, de risicotaxatie en het terugvalpreventiemodel bieden allen een raamwerk voor de delictanalyse: ze maken duidelijk voor wie de delictanalyse bestemd is en waar de delictanalyse zich op moet richten. De casusconceptualisatie, de functie- en betekenisanalyses en het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek bieden aangrijpingspunten



voor de manier waarop op methodische wijze inzicht verworven kan worden in de delictproblematiek. Tot slot bieden de motivationele gespreksvoering, het Barriers to Change Model, het Shared Decision Model, informatie over treatment readiness en responsiviteit handvatten voor de wijze waarop de samenwerking met de patiënt vormgegeven zou kunnen worden en hoe de patiënt optimaal betrokken kan worden bij de interventie.

Praktijkonderzoek

Het kwalitatieve praktijkonderzoek (hoofdstuk 2) bestond uit twee delen: 1) het verzamelen en analyseren van de beschikbare documentatie omtrent delictanalyse binnen de forensische zorg; en 2) het afnemen van een semi-gestructureerd interview met een kernfunctionaris van verschillende forensische zorginstellingen. Het onderzoek werd uitgevoerd onder 32 instellingen (8 FPC's, 4 FPK's, 10 FPA's, 9 FPP's, 1 PPC). De belangrijkste bevinding die hieruit naar voren is gekomen is dat er een zeer grote heterogeniteit bestaat in het forensische veld op het gebied van delictanalyse.

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat de delictanalyse een interventie is die in alle forensisch psychiatrische instellingen wordt uitgevoerd. Zoals duidelijk naar voren gekomen in dit praktijkonderzoek, wil dit echter niet zeggen dat er consensus is over de invulling en de uitvoering ervan. De werkwijze, alsmede de gebruikte terminologie, gehanteerde definities, de theoretische achtergrond en het kader waarbinnen de delictanalyse plaatsvindt (diagnostiek/behandeling) zijn voor alle instellingen verschillend. Opvallend is dat er verschillen bestaan tussen instellingen, maar ook *binnen* instellingen. Het gebrek aan duidelijke formats en richtlijnen lijken hiervoor de oorzaak te zijn, evenals het gebrek aan training en scholing in de afname van de delictanalyse. Er bestaat in de praktijk een behoefte aan duidelijke handvatten voor het doel, de theoretische onderbouwing en de methodische uitgangspunten van delictanalyse.

Door de grote diversiteit op het gebied van delictanalyse in de praktijk, is het niet mogelijk gebleken om interventies te identificeren die als 'best-practice' zouden kunnen gelden. Vanuit het praktijkonderzoek is wel een aantal punten naar voren gekomen dat kan bijdragen aan de invulling van een dergelijke best-practice voor delictanalyse. Dit betreffen de gehanteerde terminologie, de doelen en de theoretische constructen.

Richtlijn delictanalyse

Om een interventie te ontwikkelen voor delictanalyse, werden naast de resultaten uit de literatuuronderzoeken en het praktijkonderzoek, ook expertmeetings, een commentaarronde, een focusgroep met patiënten en een pilotstudie georganiseerd (hoofdstuk 4).

De richtlijn voor delictanalyse (hoofdstuk 5) is bestemd voor de gehele forensische zorg, hoewel aanpassing in tijdsduur in bepaalde contexten nodig zal zijn. In de delictanalyse brengt de delictanalist samen met de patiënt de verschillende factoren in kaart die hebben bijgedragen aan het plegen van het



delict. De delictanalyse resulteert in een delicttheorie, die is gedefinieerd als een dynamische theorie waarin het plegen van het delict wordt verklaard vanuit verschillende factoren. Het primaire doel van de delictanalyse is om inzicht te krijgen in deze factoren, waardoor mede richting gegeven kan worden aan behandeling. Het is hiermee primair een diagnostische interventie die aangrijpingspunten biedt voor behandeling. Voor patiënten met een psychose, een stoornis in het autistisch spectrum, een licht verstandelijke beperking en een verslaving zijn specifieke aanbevelingen geschreven die naast de richtlijn gebruikt kunnen worden zodat voldoende afgestemd wordt op de specifieke behoeften van deze individuele patiënten.

Het proces van delictanalyse is opgedeeld in 7 fases: 1) voorbereidingsfase; 2) kennismaking en start werkrelatie; 3) delictscenario; 4) functie- en/of betekenisanalyse(s); 5) toetsing indexdelict aan overige delicten; 6) opstellen delicttheorie en rapportage; en 7) terugkoppeling rapportage. Per fase wordt aangegeven wat het doel is, de tijdsduur, de werkwijze, de dilemma's en valkuilen en het beoogde resultaat. In de gehele richtlijn wordt de samenwerking met de patiënt onderstreept. Uitgangspunt hierbij is dat zodra de delictanalyse een product is dat de patiënt (gedeeltelijk) eigen heeft gemaakt, dit onder andere zijn treatment readiness en motivatie zal verhogen. De patiënt zal de aangrijpingspunten voor behandeling die uit de delictanalyse naar voren komen in sterkere mate zien als de eigen persoonlijke behandeldoelen.

Het implementeren van de richtlijn binnen de gehele forensische psychiatrie kost tijd en inzet. Door grote verscheidenheid aan delictanalyses zal in veel instellingen de richtlijn niet direct aansluiten bij de reeds geschreven zorgpaden. Aanpassingen in de zorgpaden zullen in veel instellingen nodig zijn. Ook moeten de functionarissen die uiteindelijk met de richtlijn gaan werken, goed geïnformeerd en wellicht getraind worden. Hoewel de inschatting is dat er voldoende draagvlak is voor de richtlijn, moet er nog het nodige werk worden verricht om de richtlijn daadwerkelijk te implementeren (hoofdstuk 6).



Leeswijzer

Om een beeld te krijgen van de delictanalyse in de forensische zorg is in eerste instantie een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek uitgevoerd. In hoofdstuk 1 en 2 worden beide onderzoeken beschreven. De resultaten uit deze studies hebben richting gegeven aan het verdiepend literatuuronderzoek dat in hoofdstuk 3 beschreven staat. Aan de hand van deze aanvullende informatie en alle resultaten uit de eerdere studies werd bepaald dat een richtlijn voor delictanalyse ontwikkeld diende te worden. De ontwikkeling van deze richtlijn wordt toegelicht in hoofdstuk 4, waarna in hoofdstuk 5 de richtlijn gepresenteerd wordt. In hoofdstuk 6 worden vervolgens suggesties voor implementatie geboden. Tot slot wordt in hoofdstuk 7 aangegeven op welke wijze de richtlijn aansluit bij de kwaliteitscriteria zoals opgesteld door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.



Hoofdstuk 1: literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt het literatuuronderzoek gepresenteerd. Doel van dit onderzoek was om inzichtelijk te krijgen wat er in de wetenschappelijke literatuur bekend is over delictanalyse en om mogelijke evidence based interventies te identificeren voor de ontwikkeling van een interventie voor delictanalyse. Hiervoor werden de theorie, het proces, het product van de delictanalyse en de effectiviteit ervan bestudeerd. Voor het zoeken naar literatuur werd gebruik gemaakt van verschillende databases, zoals PsychInfo, Pubmed en Google Scholar. Tevens werden verschillende websites van het ministerie van Veiligheid en Justitie en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) geraadpleegd. De volgende zoektermen zijn gebruikt: delictanalyse, delictscenario, delictscenarioprocedure en delictketen. Deze termen werden eveneens in het Engels vertaald, om zo een beeld te krijgen van de internationale literatuur: offense analysis, offense chain (procedure) en offense script. Ook de Duitse term ‘Deliktbearbeitung’ is gebruikt als zoekterm. Gezien de verwachte geringe hoeveelheid aan literatuur, werd er geen literatuur uit bepaalde tijdsperiodes geëxcludeerd. Wel was de zoekstrategie gericht op het verzamelen van de meest recente literatuur, om vanuit daar via *cross referencing* eerdere relevante literatuur te identificeren. De zoektermen werden zowel apart als gecombineerd gebruikt.

In totaal zijn er 14 artikelen gevonden waarin in wisselende mate de theorie, het proces, het product van de delictanalyse en/of de effectiviteit worden bestudeerd (zie tabel 1).

1.1. Literatuurstudie delictanalyse

1.1.1 Delictanalyse in Nederland

Vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw veranderde de focus van de forensisch psychiatrische behandeling (Raes, 2008). Er kwam in het gehele veld meer aandacht voor de verschillende factoren die bijdragen aan de totstandkoming van een delict. Hierbij was de cognitieve psychologie en de ontwikkeling van de risicotaxatie erg belangrijk. Met deze veranderende focus ontwikkelden zich ook verschillende methodieken. Het terugvalpreventiemodel kreeg een plaats binnen de forensische psychiatrie, evenals signaleringsplannen en het risicomangement. Deze veranderende focus leidde tevens tot ontwikkeling van de delictanalyse (Raes, 2008).

Van Beek was een van de eersten die in die tijd een methodiek beschreef om het delictgedrag en de daarmee samenhangende factoren inzichtelijk te maken bij seksueel delinquenten (Van Beek 1989; Van Beek, 1999). Hij noemde deze methodiek *de delictscenarioprocedure* en definieerde deze als “een reeks semigestructureerde gesprekken om cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren, voorafgaand, tijdens en na het delict in kaart te brengen, als het ware een ‘scenario’ van die gebeurtenis” (Van Beek, 1999, p.39). Het product van deze procedure werd door Van Beek (1999) *delictscenario* genoemd en is geformuleerd als een keten waarin de belangrijkste risicofactoren zijn samengebracht.



Van Beek (1999; Van Beek & Mulder, 1992) onderscheidt vier fases welke samen de delictscenarioprocedure vormen. De moeilijkheidsgraad van de fases neemt voor de patiënt per fase toe. De eerste fase wordt de educatieve fase genoemd, waarin de patiënt gemotiveerd wordt voor medewerking en waarin informatie wordt geboden. De tweede fase betreft de oefenfase, welke zich richt het opstellen van een eerste, globale versie van het delictscenario en op het herkennen en beschrijven van gevoelens. Tijdens de derde fase, de confrontatiefase, wordt dieper ingegaan op het globale delictscenario welke in de tweede fase gevormd is. Hierbij wordt de patiënt voortdurend geconfronteerd met inconsistenties, verantwoordelijkheid en de consequenties van zijn gedrag. Ten slotte start de behandelfase. Hierin presenteert de patiënt zijn delictscenario aan zijn sociale netwerk.


De delictscenarioprocedure van Van Beek (1999) heeft aan de basis gestaan voor veel van de delictanalyses die tegenwoordig in de forensische zorg worden afgenomen, ondanks dat er weinig onderzoek naar is verricht.

1.1.2 Gebruikte definities

Naast het begrip delictanalyse, worden ook de begrippen delictscenario(procedure) (o.a. Van Beek, 1999; Van Dam, Van Tilburg, Steenkist, & Buisman, 2009) en delictketen (o.a. Deneer, 2004; Schuthof, Verschuur, & Kaasenbrood, 2003) gebruikt. Op basis van de in de literatuur gevonden definities (zie tabel 1 voor een overzicht) wordt duidelijk dat deze begrippen door elkaar heen worden gebruikt en dat er veel verschillende invalshoeken bestaan. Uit de gebruikte definities van delictanalyse wordt duidelijk dat deze voornamelijk gedefinieerd wordt als een procedure of product dat bijdraagt aan de verklaring van het delict, waarbij termen als 'theorie' en 'verklarend relaas' gebruikt worden. De definities maken duidelijk dat in een delictanalyse verbanden gelegd dienen te worden tussen verschillende factoren. Het geeft een beschrijving van en een theorie over de totstandkoming van het delict.

De definities van delictscenario (zie tabel 1) geven een ander beeld. Hierin wordt voornamelijk de nadruk gelegd op het verhaal van de patiënt, waarbij het verhaal volgens de definiëringen getoetst kan worden aan 'externe bronnen'. Het vaststellen van factoren die geleid hebben tot het delict lijkt centraal te staan bij het delictscenario waarbij cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren worden genoemd. Hierin wordt een overeenkomst gevonden met de definities van delictanalyse. In de definiëring van het delictscenario worden verschillende doelen genoemd, zoals 'het herkenbaar maken van een situatie waarin een delict ophanden is', 'het geven van aangrijpingspunten voor behandeling' en 'het vergroten van inzicht bij de patiënt'. Tot slot wordt in een klein aantal artikelen gesproken over een delictketen (zie tabel 1). Wanneer deze definities met elkaar worden vergeleken, wordt duidelijk dat een delictketen wordt gezien als een behandelinterventie. Hierbij wordt gesproken over 'het daadwerkelijk leren van alternatief gedrag' en 'het bewerken van problematiek'.

Naast de wetenschappelijke literatuur, zijn ook definities gevonden in verschillende



zorgprogramma's van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). In het Basis Zorgprogramma (EFP, 2011) zijn delictanalyse, delictscenario en delictscenarioprocedure gedefinieerd om tot uniformiteit in het veld te komen. Onder delictscenario wordt volgens het EFP verstaan: “het resultaat van een reeks gesprekken van de patiënt en zijn behandelaar waarin minutieus de situatie en de gedachten, gevoelens en het gedrag van de patiënt voor, tijdens en direct na het delict worden beschreven” (EFP, 2011, p.8). De delictscenarioprocedure wordt omschreven als “het proces waarin samen met de patiënt gekomen wordt tot het delictscenario. Collaterale informatie dient het delictscenario te ondersteunen” (EFP, 2011, p.8). Ten slotte heeft het EFP delictanalyse gedefinieerd als “de theorie over causale factoren die het ontstaan van het delict verklaart” (EFP, 2011, p.8). In de wetenschappelijke literatuur zijn geen onderzoeken gevonden die verwijzen naar deze definities. Het Basis Zorgprogramma is in 2014 (EFP, 2014) gewijzigd, waarin de Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie (EFP, 2009) een definitie opgenomen van delictanalyse. Deze definitie luidt: “een delictanalyse maakt deel uit van de reguliere forensisch psychiatrische praktijk en brengt de effecten van de risico- en beschermende factoren in de totstandkoming van het indexdelict in kaart, alsook de mogelijke verbindingen met een patroon van eerdere delicten” (EFP, 2009, p. 54). “Er wordt nagegaan hoe de stoornis het delict heeft beïnvloed. De centrale vraag luidt waarom deze patiënt, met deze achtergrond, deze stoornis en dit toestandsbeeld, op dat moment dit type delict pleegde. Factoren uit de psychopathologie van de patiënt en andere relevante factoren die hebben bijgedragen in de aanloop naar en het plegen van het delict worden systematisch en in hun onderlinge samenhang beschreven. Het resultaat is een verklarend verhaal, dat stap voor stap het gedrag van de patiënt beschrijft met de bijbehorende relevante factoren die het gedrag beïnvloedden.”

Samenvattend kan gesteld worden dat de gebruikte begrippen in de literatuur slechts gedeeltelijk overeenstemmen. Sommigen vatten de delictanalyse op als de activiteit van gegevens verzamelen over een delict, terwijl anderen de delictanalyse beschrijven als een holistische theorie over het delict en het delict risico. Ondanks dit verschil in definitie, zijn er ook overeenkomsten te noemen. Zo gaan de definities uit van een procedure waarin het delict centraal staat. Tevens bevatten alle definities begrippen die gaan over factoren die uiteindelijk van invloed zijn op en leiden tot het plegen van een delict.

1.1.3 Werkwijze delictanalyse

In deze paragraaf zal worden ingegaan op de verschillende methoden voor delictanalyse die beschreven zijn in de literatuur. Hiervoor zal in eerste instantie een overzicht geboden worden in de gehanteerde termen en definities in de literatuur. Dit overzicht is te vinden in tabel 1. In de wetenschappelijke literatuur is weinig bekend over de precieze vorm waarin de delictanalyse wordt vormgegeven. In slechts drie van de gevonden artikelen wordt hierover gerapporteerd.

Eén van de beschreven (vormen van) delictanalyse is de delictketenmethode. Schuthof, Verschuur en Kaasenbrood (2003) rapporteerden deze methode die in een ambulante en dagklinische setting wordt



Tabel 1. Gebruikte definities in de wetenschappelijke literatuur en de zorgprogramma's van het EFP

Auteur(s)	Begrip	Definitie
EFP (2009, p.54)	Delictanalyse	Een delictanalyse maakt deel uit van de reguliere forensisch psychiatrische praktijk en brengt de effecten van de risico- en beschermende factoren in de totstandkoming van het indexdelict in kaart, alsook de mogelijke verbindingen met een patroon van eerdere delicten.
EFP (2011, p.8)	Delictanalyse	De theorie over causale factoren die het ontstaan van het delict verklaart
Van Marle (2012, p.975)	Delictanalyse	De delictanalyse is een weerslag van de specifieke context van het daad-dadercomplex. Op basis van de daaraan voorafgaande symptoom- en persoonlijkheidsdiagnostiek worden factoren uit de context verzameld die meer of minder hebben bijgedragen aan het ontstaan van de beperking, zoals het misdrijf.
Tervoort (2010, p.21)	Delictanalyse	Op grond van de beschikbare gegevens uit justitiële en psychiatrische voorgeschiedenis worden zowel factoren vanuit de psychopathologie van de patiënt, maar ook andere relevante factoren, beschreven voor zover ze een bijdrage hebben geleverd in de aanloop tot het plegen van het delict. Het gaat om vaardigheden, maatschappelijke inbedding en economische omstandigheden in hun onderlinge samenhang. Een beschrijvend en verklarend relaas toont stap voor stap het delictgedrag van de patiënt en de relevante factoren die dat gedrag hebben beïnvloed. Tevens worden relevante zich herhalende gedragspatronen en relatiepatronen beschreven en verklaard, zodat het gedrag van de patiënt voor, tijdens en na het delict voor de behandelaar begrijpelijk wordt.
Beenackers (2001, p.4)	Delictscenario	Bij het delictscenario gaat het om het vaststellen van gevoelens, gedachten en gedragingen die uiteindelijk tot het delict leiden.
EFP (2011, p.8)	Delictscenario	Het delictscenario is het resultaat van een reeks gesprekken van de patiënt en zijn behandelaar waarin minutieus de situatie en de gedachten, gevoelens en het gedrag van de patiënt voor, tijdens en direct na het delict worden beschreven.
Kuipers (2005, p.132)	Delictscenario	Een schriftelijke weerslag van de factoren die in een analyse van het delict bij de betreffende patiënt relevant zijn gebleken. Zowel oorzakelijke, uitlokkende en gelegenheidgevende factoren als vroege tekenen dat het mis dreigt te gaan, hebben in een dergelijke analyse een plaats.
Philipse (2003, p.231)	Delictscenario	Het delictscenario, waarin de keten van gedachten, handelingen en beslissingen die tot eerdere delicten hebben geleid wordt vastgelegd (...) het beschrijft de directe voortekenen van een delict, en maakt situaties waarin een delict ophanden is gemakkelijker en herkenbaar.



Tervoort (2010, p.21)	Delictscenario	Dit is een minutieuze beschrijving van situaties en gedragingen leidend tot het delict, inclusief de bij elke stap horende gevoelens, gedachten en fantasieën van de patiënt, zoveel mogelijk getoetst aan externe bronnen, zoals het proces verbaal, slachtofferverklaringen en andere gegevens van derden. Deze methode kan zowel individueel als in groepen, klinisch en ambuland worden toegepast en is bedoeld om de kennis van de patiënt over zichzelf te vergroten en inzicht in eigen handelen mogelijk te maken.
Van Beek (1999, p.39)	Delictscenario-procedure	Een reeks semigestructureerde gesprekken om cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren, voorafgaand, tijdens en na het delict in kaart te brengen, als het ware een 'scenario' van die gebeurtenis.
EFP (2011, p.8)	Delictscenario-procedure	Het proces waarin samen met de patiënt gekomen wordt tot het delictscenario. Collaterale informatie dient het delictscenario te ondersteunen.
Nagtegaal & Mulder (2009, p.39)	Delictscenario-procedure	De procedure bestaat uit het in kaart brengen van de emoties, gedachten en het gedrag die voorafgingen aan het delict. Deze vormen de aangrijpingspunten van de behandeling.
Decoene (2007, p.190)	Delictketen	Een delictketen is de herformulering van een individueel delict als een opeenvolging van psychologische gebeurtenissen in interactie met psychologisch betekenisvolle situatietekenen. (...) Psychologisch betekenisvolle situatietekenen zijn niet de objectieve aspecten van een situatie (iemand met een wapen), wel de individuele interpretatie ervan (dreiging).
Mulder (1995, p. 75)	Delictketen	De uitgangspunten zijn daarbij [de delictketen]: het voorkomen van nieuwe delicten, het leren van alternatief gedrag en het bewerken van achterliggende problematiek.
Schuthof, Verschuur, & Kaasenbrood (2003, p.114)	Delictketen-methode	De essentie van deze methode is tweeledig. In de eerste plaats biedt deze methode op verschillende niveaus aangrijpingspunten voor behandeling om recidief te voorkomen. In de tweede plaats is het een sterk geïndividualiseerde methode. Per patiënt zien de interventies er anders uit, al is er wel sprake van een herkenbare structuur.
Raes & Van Emmerik (2007, p.238)	Delict-enscenering	Zicht op het gegeven in hoeverre het delict een herhaling vormt van in de ontwikkelingsgeschiedenis gerealiseerde traumatische ervaringen.
De Boer, Whyte, & Maden (2008, p.153)	Offence script	Treatment focuses in part on helping patients understand their personal 'offence script' - that is, the story of what they did, the context in which they acted, the triggers for their actions, and their motivation.



uitgevoerd. De methode behelst zeven determinanten die bij analyse van het delict aan de orde komen: 1) achterliggende factoren, 2) gebeurtenis en/of prikkel; 3) Behoefte aan Onmiddellijke Bevrediging (BOB); 4) Schijnbaar Onbelangrijke Beslissingen (SOB's); 5) Verhoogde Risico Situaties (VRS); 6) het delict; en 7) de gevolgen. Aan de hand van de zeven determinanten wordt het delict teruggevoerd tot een keten, welke inzichtelijk maakt welke factoren bijgedragen hebben aan de totstandkoming van het delict. Zo ontstaat voor de hulpverlener een instrument om behandeling uit te zetten in verschillende stadia van de keten, om zo uiteindelijk recidive te voorkomen. Schuthof, Verschuur en Kaasenbrood (2003) beoordelen de delictketenmethode als een sterk geïndividualiseerde methode waarin de precieze interventies per individu andere vormen aannemen, maar waarin wel een duidelijke structuur te herkennen is.

Een andere vorm van delictanalyse is beschreven door Nagtegaal en Mulder (2009). Zij gebruiken het begrip delictscenarioprocedure. Tijdens deze procedure worden de emoties, gedachten en het gedrag die voorafgingen aan het delict in kaart gebracht (p. 39). Gecombineerd met het terugvalpreventiemodel (voor een uitleg, zie hoofdstuk 3) resulteert de delictscenarioprocedure in aangrijpingspunten voor behandeling. Deze groepsbehandeling vindt twee keer per week plaats, gedurende 1,5 uur. In totaal zijn er acht fases: 1) uit evenwicht; 2) gebeurtenissen of prikkels die de problemen versterken; 3) spanningsregulatie; 4) SOB's; 5) Hoge Risico Situatie (HRS); 6) het (deels) (terug)vallen; 7) het 'zie-je-wel' effect; en 8) het delict. Deze groepsbehandeling wordt geformuleerd als een prétherapie: het bereidt de patiënten voor op vervolgbehandeling. Hiervoor is gekozen, omdat de delictscenarioprocedure omschreven door Nagtegaal en Mulder (2009) plaatsvond binnen een afdeling met zedendelinquenten van de Penitentiaire Inrichting in Breda. Het was de bedoeling dat de meeste delinquenten van deze afdeling zouden doorstromen naar vervolginstellingen (FPC of reguliere instelling van de geestelijke gezondheidszorg) voor verdere behandeling, waardoor men gekozen heeft om te spreken van prétherapie.

Ten slotte beschrijft Van Marle (2012) een delictanalyse die gedefinieerd wordt als “[...] een weerslag van de specifieke context van het daad-dadercomplex. Op basis van de daaraan voorafgaande symptoom- en persoonlijkheidsdiagnostiek worden factoren uit de context verzameld die meer of minder hebben bijgedragen aan het ontstaan van de beperking, zoals het misdrijf” (p. 975). Hier heeft de delictanalyse primair een diagnostische invalshoek en is het niet zoals in de eerder genoemde werkwijzen een (eerste) onderdeel van behandeling. Het diagnostische proces wordt vormgegeven door de opmaak van drie profielen, waarmee een verdere onderverdeling wordt aangegeven en waardoor een verdieping van individu naar een bij de persoon passende interventie kan worden geïdentificeerd. Voor het diagnostische proces worden de volgende profielen onderscheiden: 1) de beschrijvende diagnose; 2) het formuleren van de kernproblematiek, waarbij het misdrijf als criterium binnen het symptomencomplex bij het individu wordt geplaatst (p.975); en 3) de delictanalyse. Bij het opstellen van de delictanalyse wordt volgens Van Marle (2012) “een stroomdiagram gemaakt van (multicondionele) oorzakelijke verbanden die



uiteindelijk hebben geleid tot het onderzochte criterium, het misdrijf ” (p. 976). Van Marle (2012) geeft aan dat de delictanalyse “een weerslag [is] van de specifieke context van het daad-dadercomplex” (p.975). Hierbij wordt het biopsychosociale model gevolgd (voor een uitleg van dit model, zie hoofdstuk 3). De precieze werkwijzen van de profielen worden niet beschreven.

1.1.4 Delictanalyse in het buitenland

Niet enkel in Nederland is aandacht voor de patiënt en het gepleegde delict; ook in het buitenland worden procedures gevolgd die raken aan de delictanalyse zoals deze in Nederland plaatsvindt. Een voorbeeld hiervan is de Duitse *Deliktbearbeitung* (letterlijke vertaling: delictbewerking). Hoewel er ook in Duitsland geen eenduidige definitie lijkt te bestaan van *Deliktbearbeitung*, vatte Raum in 2007 de *deliktbearbeitung* samen als: “*Deliktbearbeitung* ist zweckgerichtet und wird im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung mit Delinquenten eingesetzt, um - enge Definition - persönliche und lebensrelevante Merkmale der Tat zu rekonstruieren. Ziel der *Deliktbearbeitung* ist - erweiterter Definition - eine Veränderung deliktförderlicher und kriminogener Merkmale des Täters (p.3)” (letterlijke vertaling: de delictbewerking is doelgericht en wordt gebruikt in het kader van psychotherapeutische behandeling met delinquenten om – enge definitie – persoonlijke en levensrelevante kenmerken van het delict te reconstruieren. Het doel van delictbewerking is – uitgebreide definitie – de delictversterkende en criminogene kenmerken van de daders te veranderen).

Opvallend in de Duitstalige literatuur is, evenals in de Nederlandse literatuur, dat ook hier geen eenduidige werkwijze genoemd wordt voor de afname van de *deliktbearbeitung*. In het overzichtsartikel van Raum (2007) worden verschillende therapieën en technieken genoemd die kunnen helpen bij het afnemen van de *deliktbearbeitung*. Raum (2007) noemt hier onder andere cognitieve gedragstherapie, dramatherapie, introspectieve interventies, gedragsanalyse, het opstellen van een delictketen (aan de hand van het in kaart brengen van alle beslissingen die een persoon gemaakt heeft gedurende de periode van delictpleging) en confronterende interventies en technieken. Raum (2007) geeft aan dat het belangrijk is om de samenhang tussen delictgerelateerde factoren en de levensstijl, relaties, levenshouding, gevoel en affect en (bij seksueel delinquenten) seksuele interesse te analyseren. De precieze wijze waarop dit gedaan kan worden, wordt niet expliciet benoemd. Wel wordt door Raum (2007) aangegeven dat er een aantal randvoorwaarden zijn voordat de *deliktbearbeitung* kan worden gedaan. Onder andere geeft hij aan dat er tussen de therapeut en de patiënt een samenwerkingsverband dient te zijn, alvorens er over het delict gesproken kan worden. Ook in Engelstalige literatuur is aandacht voor de patiënt en het gepleegde delict. Er wordt hier op een andere wijze invulling aan gegeven dan in Nederland en Duitsland. Veelal worden in deze literatuur ‘pathway models’ of ‘offence paralleling behaviours’ onderzocht. Toch is er één programma in de internationale literatuur bekend dat een procedure bevat die specifieke raakvlakken heeft met de delictanalyse zoals wij deze in Nederland kennen. Het betreft het Sex Offender Treatment Program (SOTP;



Marques, Wiederanders, Day, Nelson, & Van Ommeren, 2005). Deze interventie is oorspronkelijk ontwikkeld voor het bieden van behandeling aan zedendelinquenten die in detentie verblijven. Het programma van het SOTP bestaat uit 3 fases, waarin met behulp van cognitief gedragstherapeutische technieken in groepsverband het gepleegde delict wordt besproken (Beenakkers, 2001). Tijdens de eerste fase wordt een cyclus of beslissingsketen opgesteld voor iedere individuele deelnemer. Hiervoor wordt eerst de situatie omtrent het gepleegde delict besproken, daarna de interpretatie ervan en ten slotte de hieruit volgende gevoelens en gedragingen. Doel hiervan is om inzichtelijk te maken voor de deelnemers dat een delict niet zomaar gebeurt, maar dat hier vaak planning en motivatie aan vooraf gaat. Tevens vormt het erkennen van het delict de basis voor het identificeren van de risicofactoren. In de latere modules kan teruggegrepen worden op deze keten (Fuchs & Mann, 2007).

1.1.5 Effectiviteit delictanalyse

De verschillende invalshoeken van delictanalyse maken het lastig om de methode systematisch te beoordelen op effectiviteit en/of effectieve bijdrage aan behandeling. Ondanks uitvoerig onderzoek werden er dan ook geen studies gevonden die dit beoordeelden. Enkel in het proefschrift van Van Beek (1990) wordt een exploratieve studie genoemd naar de effectiviteit van delictanalyse. Hierin wordt de patiëntengroep die een delictscenarioprocedure heeft gevolgd vergeleken met een groep die deze niet gevolgd heeft. De totale populatie bedroeg zeventien patiënten die een zedendelict gepleegd hadden, waarvan vijf patiënten de procedure hebben gevolgd. Van deze vijf patiënten, recidiveerde één patiënt met een niet-seksueel delict. Van de overige twaalf patiënten bedroeg dit aantal zeven patiënten, waarvan drie patiënten met een seksueel delict recidiveerden. Van Beek (1999) concludeerde hieruit, ondanks de evidente beperkingen die hij eveneens erkende, dat er een tendens waar te nemen was richting gunstigere behandelresultaten. Ondanks dit eerste schijnbaar positieve resultaat is in Nederland geen verder onderzoek verricht.

In de buitenlandse literatuur is eveneens gezocht naar aanwijzingen over de effectiviteit van de delictanalyse. In de Duitstalige literatuur is hierover geen informatie gevonden. Over de effectiviteit van het SOTP is daarentegen wel gerapporteerd (o.a. Marques, Wiederanders, Day, Nelson, & Van Ommeren, 2005). Er is echter niet op te maken wat de effectieve bijdrage (*treatment utility*) is van het onderdeel dat te vergelijken is met de Nederlandse delictanalyse. Deze uitkomsten zijn hierdoor niet informatief voor de huidige literatuurstudie en zullen derhalve niet worden besproken.

1.2. Conclusie

Uit bovengenoemde literatuur is de conclusie te trekken dat er nauwelijks iets bekend is over zowel de concrete inhoud als de effectiviteit van de delictanalyse. Dit geldt voor zowel de Nederlandse delictanalyse als de Duitstalige Deliktbearbeitung, die grote gelijkenissen vertoont met de Nederlandse variant. Er is noch



beschreven hoe de interventie gedaan dient te worden, noch wat de effectiviteit ervan is. Hiernaast is gevonden dat de definities die gebruikt worden slechts gedeeltelijke overeenstemming vertonen. Dit is zeer opmerkelijk te noemen gezien de centrale plaats die de delictanalyse in de praktijk inneemt.

1.2.1 Aangrijpingspunten voor interventieontwikkeling

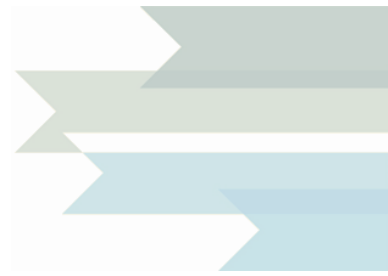
Het huidige literatuuronderzoek dat zich gericht heeft op de delictanalyse biedt onvoldoende informatie voor de interventieontwikkeling. Om vanuit de wetenschappelijke literatuur aangrijpingspunten voor de ontwikkeling van een interventie voor delictanalyse te identificeren, is een extra literatuuronderzoek noodzakelijk waarin aan delictanalyse gelieerde onderwerpen nader worden bestudeerd.

1.3. Literatuur

- Beek, van, D.J. (1989). Gedragstherapie en verkrachting. *Justitiële Verkenningen*, 15, 63-75.
- Beek, van, D. (1999). *De delictscenario procedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Arnhem, The Netherlands: Gouda Quint.
- Van Beek, D. J., & Mulder, J. R. (1992). The offense script: A motivational tool and treatment method for sex offenders in a Dutch forensic clinic. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 36, 155-167.
- Beenackers, E.M.Th. (2001). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: op zoek naar interventies die werken. Met name bij zeden- en geweldsdelinquenten en delinquenten met cognitieve tekorten: Een literatuuronderzoek*. Den Haag, Nederland: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum onderzoeksnotities, 1.
- Boer, de, J., Whyte, S., & Maden, T. (2008). Compulsory treatment of dangerous offenders with severe personality disorders: A comparison of the English DSPD and Dutch TBS systems. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19, 148-163.
- Dam, van, A., Tilburg, van, C. A., Steenkist, P., & Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint* (pp. 91-93). Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Decoene, S. (2007). De opmaak van delictketens als methode voor gecontextualiseerde forensische psychodiagnostiek. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 37, 189-199.
- Deneer, B. (2004). *Gevaarlijke Groepen*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2011). *Basis zorgprogramma*. Geraadpleegd op http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/basiszp_worddocpdf_dd_15-12-2011_v1_1_0.pdf
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014). *Basis zorgprogramma*. Geraadpleegd op http://www.efp.nl/web/images/uploads/publicaties/BasisZP_versie_2.0_def.pdf
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2009). *Langdurige forensisch psychiatrische zorg Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie. Versie 1*. Geraadpleegd op http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/langdurige_forensisch_psychiatrische_zorg_def.pdf
- Fuchs, A., & Mann, R. (2007). Das Seks Offender Treatment Programme (SOTP) in England und Wales. In: W. Berner, P. Briken, & A. Hill (Reds.). *Sexualstraftäter behandeln: mit Psychotherapie und Medikamenten* (pp. 33-35) Keulen, Duitsland: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.
- Kuijpers, E. (2005). Signaleringsplannen ter voorkoming van agressie. *Psychopraxis*, 7, 131-136.



- Marle, van, H.J.C. (2012). De stagering met profielen in de forensisch psychiatrische delictanalyse. *Tijdschrift voor de Psychiatrie*, 54, 973-978.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., & Van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.
- Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 21, 71-80.
- Nagtegaal, M.H., & Mulder, J. (2009). In de grondverf zetten: Planevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in *PI Breda*. Den Haag, Nederland. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Cahier 2009-14.
- Philipse, M.W.G. (2003). Risicotaxatie: oplossingen voor een onoplosbaar probleem. In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (Reds.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie*. (pp. 229-255) Deventer, Nederland: Kluwer.
- Raes, B.C.M. (2008). 25 jaar forensische psychiatrie in Nederland, een beknopt overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 71-75.
- Raes, B. C. M. & Emmerik, J. L. van, (2007). Blijvend delictgevaarlijk? In A.M. van Kalmthout & T.I. Oei (Reds.) *Psychiatrie en Justitiabelen*. Deventer, Nederland: Gouda Quint.
- Raum, U. (2007). Formen der Deliktbearbeitung. Geraadpleegd op <http://psychotherapieraum.de/psychotherapie-bei-straftaetern/>
- Schuthof, G., Verschuur, J., & Kaasenbrood, A. (2003). Delictketens: Systematische analyse van een delict. *Psychopraxis*, 5, 114-118.
- Tervoort, M. (2010). *Forensische psychiatrie: tussen dwang en vrijblijvendheid*. Assen, Nederland: Van Gorcum.



Hoofdstuk 2: Praktijkonderzoek

In dit hoofdstuk zal het praktijkonderzoek worden gepresenteerd. Doel van de praktijkstudie was tweeledig. Enerzijds was het doel het inzichtelijk maken van de wijze waarop invulling gegeven wordt aan de delictanalyse in de praktijk. Anderzijds was het doel het identificeren van practise-based werkwijzen (interventies die in de praktijk ontstaan zijn en op brede schaal toegepast worden) in de huidige dagelijkse forensische praktijk, waarmee invulling geven kon worden aan de vormgeving van de richtlijn voor delictanalyse. Om deze doelen te bereiken is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd. Het kwalitatieve onderzoek bestond uit twee delen: 1) het verzamelen en analyseren van beschikbare documentatie omtrent delictanalyse binnen de forensische zorg; en 2) het afnemen van een semi-gestructureerd interview met een kernfunctionaris van verschillende forensische zorginstellingen. In het huidige hoofdstuk zal eerst de methode van dataverzameling worden besproken, waarna voor beide onderdelen de werkwijze en wijze van analyseren wordt toegelicht. Vervolgens worden per onderdeel de resultaten besproken, volgt een conclusie op basis van het gehele praktijkonderzoek en wordt het hoofdstuk afgesloten met een discussie over de mogelijke handvatten voor het formuleren van een interventie voor delictanalyse.

2.1. Methode

Aangezien de delictanalyse een interventie is die in de gehele forensische zorg gebruikt wordt, is getracht zoveel mogelijk instellingen te benaderen. Hierbij werden FPC's, FPK's, FPA's, FPP's, PPC's, FVK's, RIBW's, en VG's verspreid over heel Nederland via de e-mail en/of telefonisch benaderd. Voor contact met de FPC's zijn de leden van het Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (LB-HIV) benaderd. Aan hen is gevraagd wie binnen de desbetreffende instelling de expert was op het gebied van de delictanalyse (de zogenaamde kernfunctionaris). Alle leden hebben een persoon hiervoor aangewezen en de contactgegevens verstrekt. Het verdere contact is verlopen met deze kernfunctionaris. De poliklinieken zijn benaderd via het poliplatform. Hierbij is dezelfde procedure gevolgd als bij de FPC's. De overige instellingen werden via het secretariaat of via contactpersonen benaderd. Ook aan hen werd gevraagd om de contactgegevens van een kernfunctionaris. Aan alle kernfunctionarissen werd vervolgens gevraagd om de door de instelling gebruikte documentatie omtrent de delictanalyse te sturen en om deel te nemen aan een interview.

In totaal is er contact gezocht met 59 verschillende instellingen. Er is daadwerkelijk contact tot stand gekomen met 32 instellingen; de overige pogingen hebben niet tot resultaat geleid. De precieze redenen hiervoor zijn onbekend. Van de 32 instellingen waarmee het contact daadwerkelijk tot stand gekomen is, bleken twee PPC's, de RIBW's, de FVK's en VG's geen delictanalyse uit te voeren binnen de instelling. Eén instelling besloot niet mee te werken met het onderzoek, omdat dit gezien de naderende



sluiting geen prioriteit had. Uiteindelijk zijn hierdoor 28 instellingen geïncorporeerd in het praktijkonderzoek. Een aantal organisaties bestonden echter uit meerdere forensische sectoren. Een voorbeeld hiervan is een FPC met een aangesloten FPP. De procedures van alle sectoren werden zo goed mogelijk besproken. In totaal werd hierdoor van 32 instellingen informatie verzameld. De deelnemende instellingen bestonden uit acht FPC's, vier FPK's, tien FPA's, negen FPP's en één PPC. Nadat 32 instellingen geconsulteerd waren, is besloten om geen verdere documentatie en interviews meer te verzamelen en af te nemen. Ingeschat werd dat voldoende informatie verzameld was om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden en additionele data zouden weinig tot geen nieuwe inzichten meer opleveren.

2.1.1 Verzamelen documentatie

Voor aanvang van het interview werd geprobeerd om de documentatie omtrent delictanalyse van de betreffende instelling te verzamelen, zodat de interviewer zich kon voorbereiden op het interview. De documentatie kon in de breedste zin van het woord worden opgevat: het betrof alles wat opgeschreven was binnen de organisatie omtrent delictanalyse. Telefonisch ofwel via de e-mail werd gevraagd om de documenten op te sturen. In een klein aantal gevallen werd de documentatie na afloop van het interview geleverd. Alle 32 geconsulteerde instellingen waren bereid om de documentatie ten behoeve van het onderzoek beschikbaar te stellen. Een instelling besloot om niet de gehele module beschikbaar te stellen, maar een gedeelte ervan.

Aanvankelijk werd getracht om een inhoudsanalyse uit te voeren op de aangeleverde documenten. De opgevraagde documenten vertoonden echter een zeer grote diversiteit: de documenten varieerden van een rapportageformat tot in enkele gevallen een uitgebreide behandelmodule. Een inhoudsanalyse bleek hierdoor niet mogelijk. Er is daarom gekozen om de documentatie in kaart te brengen aan de hand van verschillende variabelen. De volgende variabelen zijn hiervoor gebruikt: gehanteerde termen, definitie, doel, betrokkenheid patiënt, aantal sessies/uren en achterliggende theorie. Aan de hand van deze variabelen werd een globaal beeld geschetst van de inhoud van de documentatie.

2.1.2 Afname semi-gestructureerde interviews

De interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers van de onderzoeksgroep. Het betrof een semigestructureerd interview van in totaal veertien inhoudelijke vragen (zie bijlage 2). De vragenlijst is samengesteld op basis van de beschikbare literatuur en op basis van de doelstellingen van het project. Doel van de interviews was niet enkel achterhalen wat de gehanteerde procedure van delictanalyse was, maar zeker ook hoe deze procedure tot stand is gekomen, door wie de procedure wordt uitgevoerd en wat de ervaringen met de procedure zijn. Het interview bood zo meer informatie dan enkel de documentatie.

De interviews vonden plaats binnen de instelling van de geïnterviewde. Uitzondering was één interview dat telefonisch plaatsgevonden heeft. In totaal duurde de afname ongeveer een uur. Na afname zijn de interviews uitgewerkt. Het interview werd niet letterlijk gerapporteerd, maar antwoorden werden



samenvattend genoteerd. Ter controle werd het uitgewerkte interview naar de geïnterviewde opgestuurd. Indien nodig werd de tekst aangepast. Ook was er de mogelijkheid voor de geïnterviewde om tekst toe te voegen of tekst te verwijderen.

Nadat alle interviews afgerond waren, zijn de teksten gecodeerd om thema's te identificeren. In eerste instantie werden hierbij vijf verschillende thema's uit de vragenlijst opgenomen om te komen tot een eerste ruwe indeling. Dit betrof de thema's: gehanteerde term, definitie en doel, invulling delictanalyse, totstandkoming delictanalyse, ervaringen met delictanalyse en onderzoek. De mogelijkheid om nieuwe onderwerpen te onderscheiden bleef bestaan. Hierdoor was de werkwijze zowel deductief als inductief van aard (Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA, 2002). Drie interviews zijn onafhankelijk van elkaar gecodeerd door twee onderzoekers. Deze codering is vervolgens vergeleken. Hieruit bleek dat er grote overeenstemming was. Echter was niet alle verkregen informatie onder te verdelen in de vijf thema's. Na overleg bleek dat een zesde thema's diende te worden toegevoegd, namelijk kwaliteitswaarborging. Hierna werden opnieuw twee andere interviews onafhankelijk van elkaar gescoord en werden er binnen de zes hoofdthema's subthema's gecodeerd (een overzicht van de hoofdthema's met bijbehorende subthema's wordt weergegeven in tabel 2). Deze uitkomsten werden eveneens met elkaar vergeleken. Over twee subthema's (format en consensus) bestond geen overeenstemming in de wijze waarop deze informatie gecodeerd werd. De informatie omtrent het afwijken van het format van delictanalyse bleek door een van de onderzoekers te worden gecodeerd onder consensus, terwijl de andere onderzoeker dit codeerde onder format. Er is afgesproken dat de onder format ook de afwijkingen hiervan zouden worden gecodeerd, waarmee de naam van het subthema veranderde van 'format' in 'format en afwijkingen'. Onder 'consensus' werd de algemene overeenstemming binnen de instelling omtrent delictanalyse gecodeerd. Na het maken van deze afspraken zijn twee interviews dubbel gescoord. Door de afspraken, werd op dit punt eveneens consensus bereikt. De overeenstemming over de andere thema's bleef bestaan.

2.2. Resultaten

2.2.1 Documentatie

De resultaten voortkomend uit de analyse van de verzamelde documentatie zullen aan de hand van de in de methode geformuleerde variabelen (gehanteerde termen, definitie, doel, betrokkenheid patiënt, aantal sessies/uren en genoemde achterliggende theorie) achtereenvolgend worden besproken.

Bij alle resultaten dient te worden opgemerkt dat het enkel betrekking heeft op de informatie die gevonden wordt in de documentatie. Wanneer informatie ontbreekt, wil dit enkel zeggen dat de informatie niet beschreven is in de aangeleverde stukken. Mogelijk is er binnen de instelling sprake van niet gedocumenteerde kennis, afspraken en/of impliciete werkwijzen. Deze komen binnen de analyse van de documentatie niet voor voren.



Tabel 2. Overzicht gebruikte codering semi-gestructureerde interviews

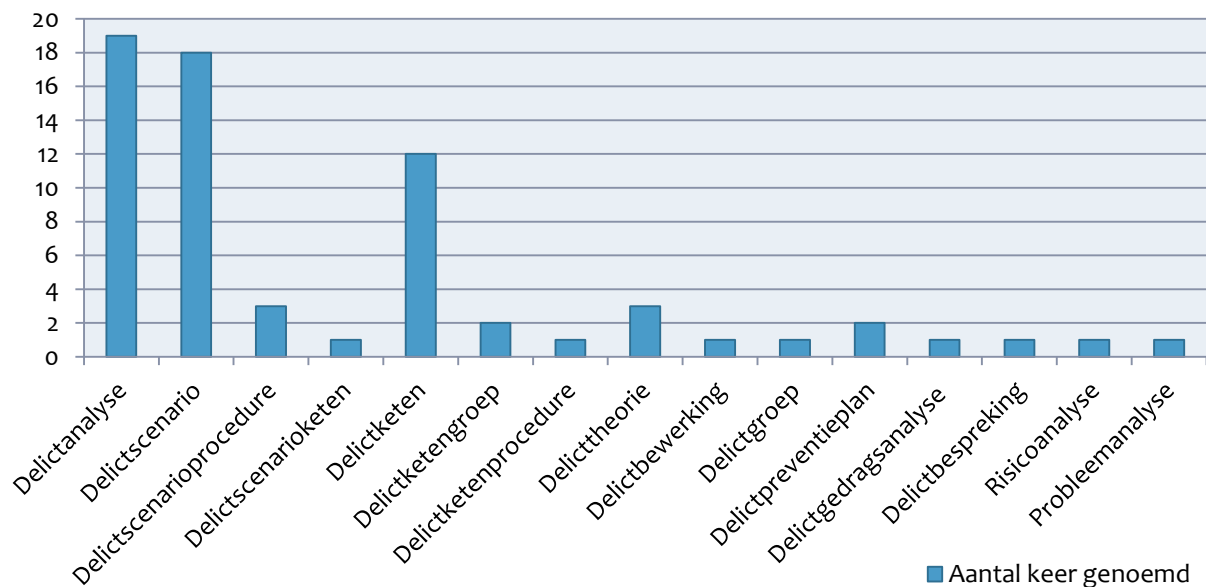
Hoofdthema's	Subthema's
Gehanteerde term(en), definitie en doel	Term(en) Definitie Doel
Invulling delictanalyse	Vormgeving delictanalyse Functionaris delictanalyse Doelgroep Exclusiecriteria Moment van afname Tijdsduur en frequentie Behandeling/diagnostiek Opgenomen factoren Differentiatie stoornis / patiëntgroep Format en afwijkingen
Totstandkoming methode van delictanalyse	Theoretische achtergrond Ontwikkeling delictanalyse
Ervaringen met delictanalyse	Ervaring met format Verbeterpunten m.b.t. het eigen format Verbeterpunten m.b.t. delictanalyse algemeen Consensus binnen instelling Afwijkingen in praktijk
Kwaliteitswaarborging	Eisen minimale opleiding personeel Eisen vaardigheden personeel Kwaliteitswaarborging tijdens proces van delictanalyse
Onderzoek	<i>Geen subthema's</i>

❖ *Gehanteerde termen*

De termen die binnen verschillende instellingen gebruikt worden, vertoonden deels overeenkomsten. De termen delictanalyse en delictscenario(procedure) werden het vaakst gebruikt. Delictanalyse werd negentien keer gevonden in de documentatie; de term delictscenario werd zeventien keer gevonden. Het begrip delictketen werd eveneens gehanteerd in de praktijk: bij 12 van de 32 instellingen werd de interventie met deze term aangeduid. Hiernaast werden de begrippen delicttheorie, delictpreventieplan,



delictbewerking, delictgedraganalyse en delictbespreking genoemd. De meerderheid van de instellingen (25 van de 32 instellingen) gebruikt meer dan één term binnen de organisatie. Voorbeelden hiervan zijn een combinatie tussen delictanalyse en delictscenario, maar ook een meer uitgebreide combinatie van delictbewerking, delicttheorie, delictscenario en delictgroep. In grafiek 1 wordt een weergave geboden van de gehanteerde termen in het praktijkonderzoek.



Grafiek 1. Overzicht gehanteerde termen in de documentatie omtrent delictanalyse

❖ Definitie

Van de 32 instellingen hebben 12 instellingen een definitie van de gehanteerde term(en) opgenomen in de documentatie; in de overige 20 documentatiestukken werden geen definities gevonden. Aangezien de begrippen delictanalyse en delictscenario het vaakst werden genoemd, worden deze hier nader toegelicht. In totaal werd de term delictanalyse zes keer gedefinieerd. Er werden onder deze definities zowel overeenkomsten als verschillen gevonden. Een overeenkomst tussen de definities is dat in alle definities genoemd werd dat de factoren die bijgedragen hebben aan het plegen van het delict dan wel in kaart worden gebracht, dan wel worden geanalyseerd. De mate waarin deze factoren gespecificeerd werden, verschilde echter. Voorbeelden van factoren die genoemd werden, zijn achtergrond/ontwikkeling, persoonlijkheid situationele factoren, cognitieve factoren, risicofactoren, faciliterende (risicoverhogende) factoren, remmende en instandhoudende factoren. Ook verschilt de visie op wat de delictanalyse inhoudt: zo werd in twee definities aangegeven dat de delictanalyse een holistische theorie betreft, terwijl in andere definities werd aangegeven dat het een middel betreft voor taxatie of dat de delictanalyse een reeks semi-gestructureerde gesprekken is om een scenario op te stellen van het plegen van het delict.



Er zijn in totaal acht definities beschreven voor de term delictscenario. In de meeste definities werd aangegeven dat de delictpleging (gebeurtenis) beschreven wordt met de bijbehorende gedachten, gevoelens, gedragingen en gevolgen. Ook werden er in de meeste definities een tijdsperiode aangegeven waarin het delict wordt besproken. De genoemde tijdsperiodes variëren echter van 24 uur voorafgaand aan het delict tot slechts een beperkt aantal uren voorafgaand aan het delict. Naast deze overeenkomsten werden ook verschillen gevonden. In een definitie werd aangegeven dat het delictscenario een exacte beschrijving behelst, terwijl andere definities aangeven dat deze beschrijving globaal of beknopt dient te zijn. Hiernaast werd bij een van de definities gevonden dat niet enkel de beschrijving van de delictpleging gemaakt dient te worden, maar dat hierbij ook de achtergrond, de persoonlijkheidsstoornis en de diagnose meegenomen dient te worden waardoor het delictscenario volgens deze definitie wordt gezien als een functionele analyse.

❖ Doel

Van de 32 instellingen hebben 19 instellingen een doel beschreven in de documentatie. De doelen hadden betrekking op zowel interventies die delictanalyse genoemd worden, als interventies met een van de andere veertien gebruikte termen. Aangezien de definities en de invulling van de interventie in de praktijk voortdurend door elkaar heen lopen, kon er niet worden gedifferentieerd. Een gelijksoortige interventie wordt namelijk in de ene instelling delictanalyse genoemd, terwijl in een andere analyse dit delictscenario genoemd wordt. Tegelijkertijd is gevonden dat interventies die hetzelfde genoemd worden, grote inhoudelijke verschillen vertonen. De resultaten van deze analyse blijven door deze grote heterogeniteit globaal. Grofweg kunnen vier kernpunten ontdekt worden in de opgestelde doelen:

- Het eerste kernpunt dat in de meeste doelen direct terugkomt of op meer indirecte wijze te herleiden is, betreft het verminderen van de kans op recidive. Dit wordt onder andere omschreven als het voorkomen van nieuwe delicten, het verkleinen van de kans op herhaling van het delictgedrag en het voorkomen van dreiging van het delict.
- Het tweede kernpunt betreft het verwerven van inzicht. Dit inzicht heeft op meerdere gebieden betrekking: er werd beschreven dat de patiënt inzicht verkrijgt in het eigen aandeel van het delict, inzicht in het probleemgedrag en de gevolgen ervan, inzicht in het eigen handelen, inzicht in de reden van de delictpleging en inzicht in de (risico- en beschermende) factoren die een rol speelden bij de delictpleging.
- Het derde kernpunt dat gevonden wordt, was het identificeren van aanknopingspunten voor (delictpreventieve) behandeling. Dit werd in een van de doelen ook wel aangeduid als 'indicatie voor verdere behandeling'.



- Tot slot worden verschillende (gedrags)veranderingen aangeduid die middels de delictanalyse dienen te worden behaald. Dit betrof onder andere het vergroten van vaardigheden, het vergroten van het inlevingsvermogen in de ander, het verkrijgen van meer zelfkennis, het herkennen van patronen, het aanleren van mentaliseren en het begrijpen van de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag en hierbij in staat zijn om alternatieve gedachten te plaatsen.

Het derde en het vierde kernpunt lijkt gedeeltelijk afhankelijk te zijn van het kader van de delictanalyse.

Indien de delictanalyse voornamelijk in het kader van diagnostiek wordt uitgevoerd, was kernpunt drie van toepassing. Indien het een behandelinterventie betreft, was kernpunt vier voornamelijk van toepassing.

❖ *Betrokkenheid patiënt*

Het in kaart brengen van de mate van betrokkenheid van de patiënt bij de delictanalyse stuitte op moeilijkheden. Binnen 25 van de 32 instellingen wordt namelijk meer dan één term gehanteerd, met bijbehorend andere interventies. Binnen één instelling worden bijvoorbeeld de termen risicoanalyse, delictanalyse, delictscenario en delictscenarioketen naast elkaar gebruikt, waarmee verschillende interventies aangeduid worden. Aangezien in de instellingen andere definities worden aangehouden, kan niet per term beschreven worden of er betrokkenheid van een patiënt was. De gehanteerde interventie die delictanalyse genoemd wordt in de ene instelling kan immers binnen een andere instelling delictscenario worden genoemd. Er is daarom gekozen om in kaart te brengen of er bij de instelling bij een van de gehanteerde interventies betrokkenheid was van de patiënt of dat de interventies enkel werden uitgevoerd op basis van het dossier. Dit biedt een globaal overzicht van de betrokkenheid.

Gevonden werd dat in 24 van de 32 instellingen de patiënt wordt betrokken bij de delictanalyse. Uit de documentatie van één instelling werd duidelijk dat bij het delictscenario een patiënt betrokken wordt, maar voor de delictanalyse was dit niet op te maken uit de documentatie. Bij twee van de 32 instellingen is uit de documentatie duidelijk geworden dat de delictanalyse zonder de patiënt wordt opgesteld, maar dat later een behandelinterventie volgt (die bijvoorbeeld delictscenario wordt genoemd) waarbij de patiënt wel betrokken wordt. Bij zes instellingen was uit de documentatie niet op te maken of de patiënt betrokken wordt bij de behandeling.

❖ *Aantal sessies/uren*

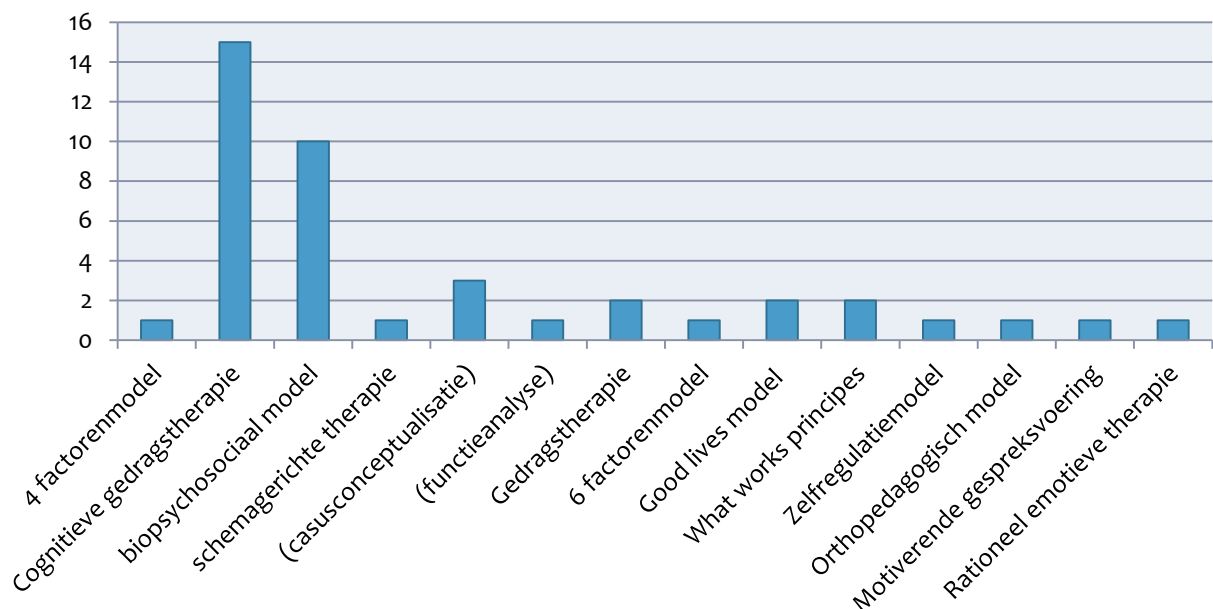
Door 10 instellingen werd in de documentatie aangegeven wat de totale duur van de interventie was; 21 instellingen beschreven geen tijdsduur. In de documentatie van de FPC's werd dit eenmaal beschreven, waarin een maximale duur van 18 maanden genoemd werd om een delicttheorie en casusconceptualisatie op te stellen. Binnen de FPK's werd dit eveneens eenmaal genoemd, waarin een totale duur van zes sessies



werd aangegeven. De precieze tijdsduur van een sessie werd niet genoemd, evenals de frequentie van gesprekken. Door drie FPA's werd beschreven wat de totale tijdsduur was van afname van de delictanalyse. Dit varieerde van 7 sessies (waarbij niet benoemd werd hoeveel minuten de sessie is beslag nam) tot 15 sessies van 30-60 minuten (met 15-30 minuten indirecte tijd). Vijf FPP's hebben beschreven wat de totale tijdsduur is van de interventie. Dit varieerde van 4 sessies van 60 minuten tot 15 sessies van 30-60 minuten (met 15-30 minuten indirecte tijd).

❖ *Genoemde achterliggende theorie*

In 14 van de 32 verworven documentatiestukken werd expliciet aangegeven wat de theoretische principes zijn waarop de delictanalyse gebaseerd is. In tien documentatiestukken werd niet expliciet genoemd wat de achterliggende theorie van de interventie is, maar kon vanuit de tekst wel opgemaakt worden wat de achterliggende theoretische principes zijn. Dit was bijvoorbeeld het geval bij stukken waarin de 5 G's (gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag, gevolgen) worden uitgevraagd of gebruik wordt gemaakt van een keten waarin verhoogd risico situaties, schijnbaar onbelangrijke beslissingen en de behoefte aan onmiddellijke bevrediging opgenomen zijn. De documenten waarin deze principes voorkomen zijn als cognitief gedragstherapeutisch van aard geclassificeerd. In zeven stukken kon geen theorie of therapeutische stroming geïdentificeerd worden.



Grafiek 2. Overzicht theorieën en therapeutische stromingen waarop de delictanalyse is gebaseerd, zoals expliciet genoemd in of afgeleid is van de verzamelde documentatie.



In grafiek 2 wordt een overzicht geboden van de genoemde achterliggende theorieën en therapeutische stromingen in de documentatie. Hierin is te zien dat de cognitieve gedragstherapie met haar principes het vaakst gebruikt zijn: in 15 van de 24 instellingen is deze stroming gebruikt om richting te geven aan de delictanalyse. Ook het biopsychosociaal model wordt relatief vaak gebruikt als achterliggende theorie: in 10 van de 24 instellingen wordt deze theorie genoemd of is deze af te leiden uit de interventie.

❖ *Deelconclusie documentatie*

Uit de documentatie is duidelijk geworden dat de praktijk een grote heterogeniteit kent op het gebied van delictanalyse. Niet enkel worden de interventies anders genoemd (er werden in de documentatie veertien verschillende termen gevonden), ook verschillen de beschrijvingen van de interventies sterk op het gebied van doelstellingen, werkwijze en de tijdsduur die de interventie in beslag neemt. Eveneens opvallend is dat in de documentatie weinig is vastgelegd over de delictanalyse. Slechts enkele instellingen beschrijven de definities van de gehanteerde termen, de tijdsduur en bieden een duidelijke richtlijn voor de werkwijze.

2.2.2 Semi-gestructureerde interviews

De resultaten voortkomend uit de analyse van de interviews zullen aan de hand van de in de methode geformuleerde variabelen (gehanteerde term(en), definitie en doel, totstandkoming delictanalyse, ervaringen met delictanalyse, kwaliteitswaarborging en onderzoek) achtereenvolgend worden besproken.

❖ *Gehanteerde term(en), definitie en doel*

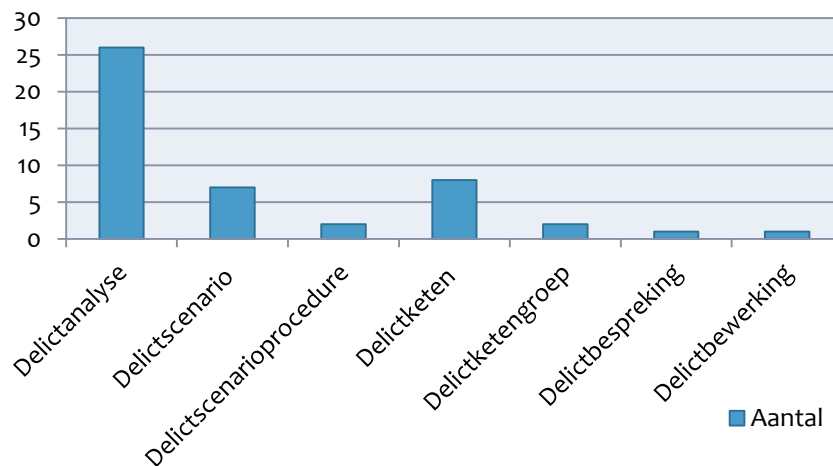
Aangezien uit het literatuuronderzoek duidelijk was geworden dat er meerdere begrippen worden gebruikt voor delictanalyse of soortgelijke procedures, werden de kernfunctionarissen eerst gevraagd welke terminologie gehanteerd werd binnen de instelling. In grafiek 3 wordt een overzicht geboden van de gehanteerde termen in de praktijk zoals bleek uit de semi-gestructureerde interviews.

Het merendeel (26 van de 32) van de instellingen hanteert 'delictanalyse' als een van de termen. Uit de gebruikte definities van delictanalyse was op te maken dat de delictanalyse een interventie is waarin het ontstaan van het delict wordt verklaard door factoren die hieraan hebben bijgedragen te identificeren. De wijze waarop deze verklaring beschreven wordt, verschilt. De delictanalyse werd namelijk omschreven als een holistische theorie, een theorie en een allesomvattende theorie, maar ook als een hypothese, integrale hypothese, analyse, overkoepelende analyse, geen theorie en een volledig plaatje. Ondanks deze verschillen, kan hieruit toch worden opgemaakt dat het doel is om op basis van de verzamelde informatie een beeld te vormen van de (delictgerelateerde) problematiek van de patiënt. Dit kan in de vorm van een theorie zijn, maar ook in de vorm van een hypothese. Enkel één definitie waarin expliciet genoemd werd



dat de delictanalyse geen theorie is, wijkt hier van af. In deze definitie wordt aangegeven dat de delictanalyse een weergave van de risicofactoren is.

Naast de term delictanalyse, bleken de termen delictscenario(procedure) en delictketen(groep) in de praktijk het meest gebruikt te worden. De termen delictscenario(procedure) werden bij negen instellingen gebruikt en kenden qua definitie grote overeenkomsten. In vier van de negen definities werd aangegeven dat in het delictscenario de tijd voor, tijdens en na het plegen van het delict wordt beschreven. In drie van de negen definities werd expliciet benoemd dat het delictscenario het verhaal van de patiënt betreft; in één definitie werd benoemd dat het delict doorgenomen wordt met de patiënt. Tot slot werd in twee definities aangegeven dat het delict doorlopen en uitgeschreven wordt.



Grafiek 3. Overzicht gehanteerde termen in de semi-gestructureerde interviews

De definities die gegeven werden voor de term delictketen(groep) liepen daarentegen erg uiteen. In twee van de elf definities werd aangegeven dat er een keten opgesteld wordt waarin ‘ervaringen en beslissingen die geleid hebben tot het plegen van het delict’ worden uitgeschreven. In de andere definities werd de keten niet genoemd; in de overige definities werd aangegeven dat de delictketen een theorie, analyse, het in kaart brengen van de verschillende factoren of gedragsanalyse betreft. Deze definiëring kent hiermee gelijkenissen met de definities van delictanalyse. In drie van de elf definities werd aangegeven dat de tijd voor, tijdens en na het plegen van het delict wordt uitgevraagd, waarmee ook gelijkenissen met de definities van het delictscenario worden gevonden. Tot slot werden in twee definities aangegeven dat in de delictketen ‘het delict bewerkt wordt’ en het ‘gedrag veranderd wordt’, werd in één definitie aangegeven dat de delictketen het product betreft van een intens proces waarbij de patiënt steeds dichterbij het delict komt en werd in één definitie genoemd dat de delictanalyse aangescherpt wordt middels de delictketen. In deze laatste definitie wordt informatie die naar voren komt tijdens het opstellen



van de delictketen dat gezamenlijk met de patiënt gebeurt, getoetst aan de eerder opgestelde delictanalyse die op basis van het dossier tot stand is gekomen.

De doelen die genoemd werden voor de delictanalyse of andersoortige termen zoals deze zojuist beschreven zijn, komen bijna allen op één vlak overeen. Binnen 27 instellingen heeft het doel (onder andere) betrekking op het verkrijgen van zicht op de factoren die bijgedragen hebben aan het plegen van het delict. Dit wordt ook omschreven als het verhelderen van de factoren, het in kaart brengen van de aanloop van het delict en het verwerven van inzicht. Bij deze laatste omschrijving is in totaal twaalf keer expliciet benoemd dat het doel was om de patiënt inzicht te laten krijgen in de risicofactoren en de wijze waarop het delict tot stand is gekomen.

Een ander doel dat naar voren is gekomen in de interviews, is het geven van richting (dan wel het bieden van aangrijpingspunten) aan de behandeling. Dit doel was in 16 van de 32 geconsulteerde instellingen geformuleerd. Hierbij is opvallend dat wanneer vergeleken werd tussen instellingen, duidelijk werd dat dit doel voornamelijk binnen FPC's (zes van de acht instellingen) en FPK's (drie van de vier instellingen) gehanteerd wordt. Binnen de FPA's en de FPP's wordt dit doel minder vaak genoemd: respectievelijk vier van de tien FPA's en drie van de negen FPP's. Opvallend is ook het verschil dat gevonden wordt wanneer vergeleken wordt tussen instellingen omtrent het doel recidivevermindering. Door zeven van de tien kernfunctionarissen afkomstig uit de FPA's werd genoemd dat het verminderen van het recidiverisico en/of het voorkomen van delictgedrag een direct doel van de delictanalyse is. Ook binnen de geconsulteerde PPC en in drie van de negen FPP's werd dit doel genoemd. Binnen de FPC's werd dit doel echter geen enkele keer genoemd in de interviews. In twee FPK's werd het verminderen van recidive genoemd, maar niet als direct doel van de delictanalyse. In deze instellingen werd de delictanalyse gebruikt om richting te geven aan de behandeling, waarna door behandeling op de uit de delictanalyse voortgekomen factoren, recidive vermindert. De recidivevermindering was in deze instellingen dus een indirect gevolg van de delictanalyse in plaats van een direct doel zoals in de FPA's, de PPC en enkele FPP's.

De gevonden verschillen omtrent het geven van richting aan behandeling en recidivevermindering, zijn beide te verklaren door het kader waarin de delictanalyse plaatsvindt: sommige interventies worden aangemerkt als diagnostische interventie, terwijl andere interventies gericht zijn op behandeling. Zoals duidelijk wordt in de volgende paragraaf, bestaat er binnen de soorten instellingen verschil in de kaders die worden toegekend aan de delictanalyse. Het doel 'het geven van richting aan de behandeling' wordt voornamelijk in de FPC's en de FPK's gerapporteerd. Vanuit het kader waarbinnen de interventie wordt vormgegeven kan dit verklaard worden: wanneer de interventie richting biedt aan behandeling, is deze interventie logischerwijs meer diagnostisch van aard. Dit wordt teruggezien onder de FPC's, zoals weergegeven in grafiek 4. Het tweede doel, het verminderen van recidive, wordt meer genoemd in de FPA's dan in de overige instellingen. Aangezien behandelingen in de forensische psychiatrische



zorgverlening primair gericht zijn op het verminderen van (de kans op) recidive, is dit doel te scharen onder het kader van behandeling. Dit komt overeen met de resultaten die toegelicht worden in de volgende paragraaf en worden weergegeven in grafiek 4: in FPA's wordt de delictanalyse vaker aangemerkt als behandeling.

Tot slot zijn door de kernfunctionarissen een aantal doelen naar voren gebracht die niet ingedeeld konden worden in bovengenoemde doelen. Door vijf instellingen (drie FPC's, één FPA en één FPP) werd gevonden dat de delictanalyse gebruikt wordt om een terugvalpreventieplan op te kunnen stellen. Ook werden het opbouwen van een therapeutische werkrelatie, het ontdekken van de visie en gedachtegang van de patiënt, het achterhalen van de momenten waarop de patiënt verkeerde beslissingen maakte en het verhogen van motivatie genoemd als doel van de interventie.

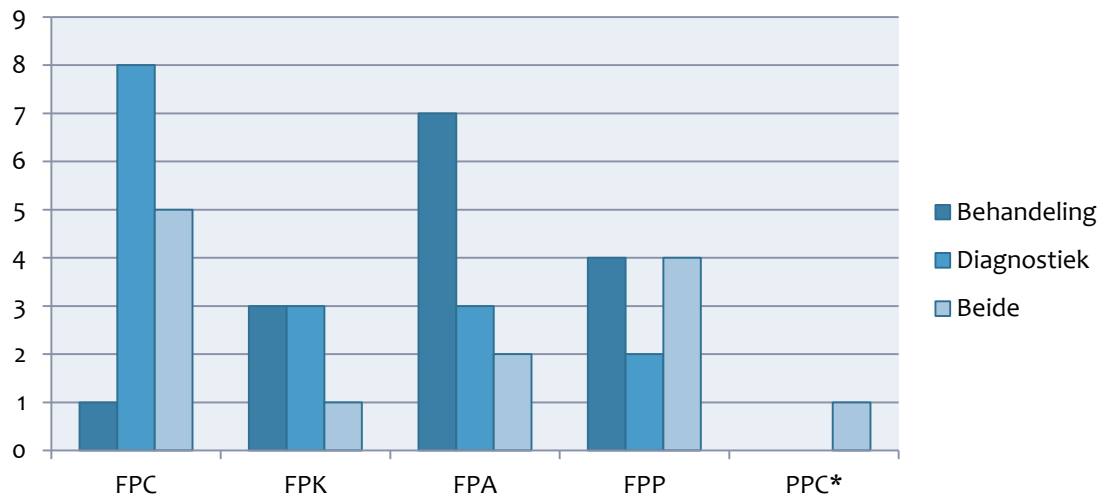
❖ *Invulling delictanalyse*

De verschillende interventies die delictanalyse genoemd worden of vallen onder één van de andere termen die zojuist gepresenteerd zijn, worden allen anders vormgegeven. Om een eerste beeld te krijgen van de interventies is gevraagd aan de kernfunctionaris of de interventie diagnostisch van aard was, of dat de interventie aangemerkt wordt als behandeling. Binnen de FPC's werd gevonden (zie grafiek 4) dat het merendeel van de interventies beschouwd werd als een puur diagnostische interventie, namelijk acht van de veertien keer. Vijf van de veertien interventies worden aangemerkt als een combinatie van diagnostiek en behandeling. Slechts één interventie werd aangemerkt als een behandelinterventie. Deze bevindingen wijken af van wat er binnen de andere instellingen wordt gevonden. Binnen de FPK's worden de interventies even vaak geschaard onder diagnostiek als onder behandeling. Binnen de FPA's wordt gevonden dat de meeste interventies een behandelintentie hebben; zeven van de twaalf interventies worden als zodanig aangemerkt. Binnen de FPP's worden minder interventies gevonden met een puur diagnostische insteek; deze interventies zijn voornamelijk op behandeling gericht of zijn een combinatie.

Hoewel ook de moeilijkheden rondom de gebruikte termen en de bijbehorende interventie van toepassing zijn op deze indeling, is per gehanteerde term een indeling gemaakt tussen behandeling, diagnostiek of beide. Hierbij is gekozen om de drie meest gebruikte termen verder te onderzoeken, namelijk delictanalyse, delictscenario en delictketen. Van 44 interventies kon de kernfunctionaris aangeven of de interventie diagnostisch van aard was of gericht was op behandeling; van de overige dertien interventies werd aangegeven dat deze zowel diagnostische invalshoeken als behandelintenties bevatten (voor een overzicht, zie grafiek 5). De interventies die de naam delictanalyse dragen, werden in de semi-structureerde interviews veertien maal ingedeeld als diagnostische interventie en negen maal als interventie die zowel behandel- als diagnostische elementen bevat. Opvallend is hier dat de delictanalyse nauwelijks (slechts 2 van de 25) wordt ingedeeld als behandelinterventie. Dit in tegenstelling tot de



interventies die onder de noemer ‘delictketen’ vallen. Deze worden in de praktijk vaker geschaard onder behandeling; geen enkele van deze interventies werd in het praktijkonderzoek aangemerkt als diagnostische interventie. De interventies die delictscenario worden genoemd, worden iets vaker geschaard onder behandeling; de verschillen zijn echter klein.



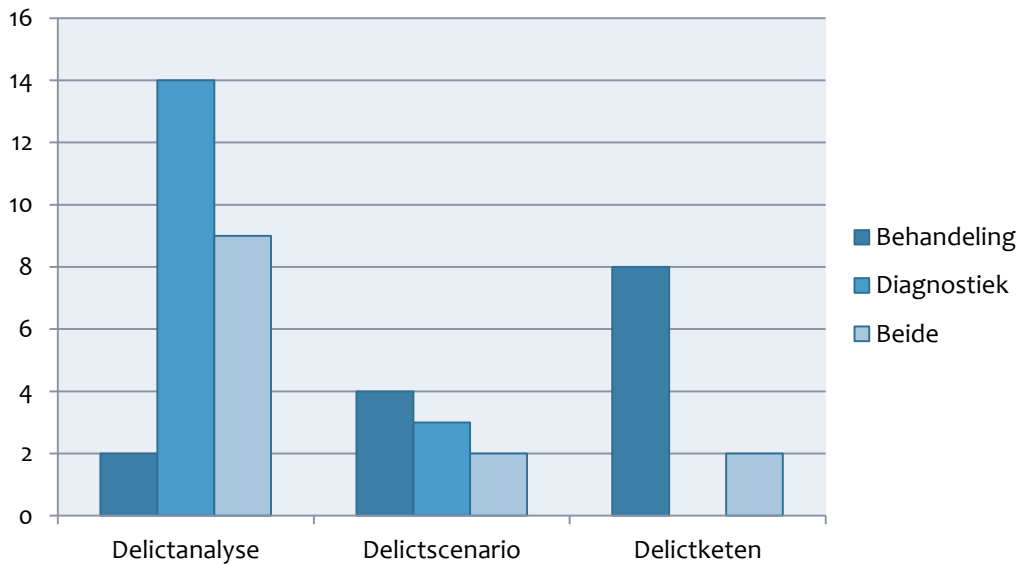
*Grafiek 4. Overzicht plaatsing interventie in de verschillende soorten instellingen. Een interventie werd aangemerkt als ‘beide’ indien een kernfunctionaris aangaf dat de interventie zowel componenten bevatte van behandeling als diagnostiek. Indien twee (of in één geval drie) interventies werden gehanteerd binnen de instelling, werden deze apart van elkaar beoordeeld. Hierdoor zijn de aantallen die hierboven genoemd zijn niet cumulatief tot het totale aantal instellingen. * In het onderzoek is één PPC geïncludeerd.*

Ongeacht de verschillende kaders (behandeling/diagnostiek/beide) van de interventies, werd uit de semi-structureerde interviews duidelijk dat alle interventies aan het begin van het behandeltraject werden uitgevoerd. Enige uitzondering hierop was de PPC, waar de delictanalyse (mede bepaald door het karakter van de instelling) werd gebruikt als houvast voor de gedetineerde bij vrijheidstelling. Het precieze moment van afname van delictanalyse is door de grote variatie niet eenduidig te stellen: het moment van start van delictanalyse varieerde van afname binnen twee weken in een FPP tot binnen het eerste jaar bij een andere FPC.

De precieze wijze waarop invulling gegeven wordt aan de delictanalyse vertoont in de praktijk een zeer sterke variëteit. Er werd enkel volledige overeenstemming gevonden tussen instellingen die onder dezelfde organisatie vielen (bijvoorbeeld een FPK met een bij de organisatie horende FPP). Door de kernfunctionarissen zijn delictanalyses beschreven die op basis van het dossier worden geschreven zonder dat de patiënt hierbij betrokken wordt. Tegelijkertijd worden ook groepsbehandelingen, een E-health



behandeling, individuele psychotherapie en behandelmodules waarbinnen een delictketen wordt opgesteld aangedragen door verschillende kernfunctionarissen.



Grafiek 5. Overzicht kader van de interventie aan de hand van de gehanteerde termen zoals genoemd in de semi-gestructureerde interviews. De termen delictscenario - delictscenarioprocedure en delictketen - delictketengroep zijn samengevoegd. Een interventie werd aangemerkt als 'beide' indien een kernfunctionaris aangaf dat de interventie zowel componenten bevatte van behandeling als diagnostiek.

De mate waarin de patiënt betrokken wordt binnen de delictanalyse verschilt per instelling. Bij het maken van een overzicht van de mate waarin dit gebeurt, komt opnieuw het probleem naar voren dat de gehanteerde termen andere definities en interventies kennen. Hierdoor is het enkel mogelijk om globaal de mate van betrokkenheid van de patiënt te beschrijven. Gevonden is dat in sommige instellingen de patiënt in eerste instantie niet wordt betrokken bij het opstellen van de delictanalyse, waarna de delictanalyse wordt aangescherpt met informatie van de patiënt in vervolginventies. Dit is bijvoorbeeld het geval bij vijf van de acht FPC's. In deze instellingen wordt de delictanalyse veelal opgesteld door de afdeling diagnostiek. Na afronding van de delictanalyse worden interventies gestart waarbij de patiënt betrokken wordt. Deze interventies dragen vaak de naam delictscenario(procedure) of delictketen. Door de FPK's wordt deze procedure bij één instelling gehanteerd; de overige drie instellingen geven vorm aan de delictanalyse door de patiënt hierbij te betrekken. Door twee kernfunctionarissen afkomstig van de FPA's is beschreven dat de delictanalyse binnen hun instelling opgesteld wordt aan de hand van de informatie uit het dossier; de patiënt wordt hier niet bij betrokken. Een derde kernfunctionaris van de FPA's geeft aan dat de informatie uit het intakegesprek eveneens gebruikt wordt voor de delictanalyse; de patiënt wordt dus in



beperkte mate betrokken. Bij de overige zes FPA's worden de delictanalyses opgesteld in samenwerking met de patiënt. Binnen de FPP's zijn enkel interventies beschreven die betrokkenheid van de patiënt vereisen. De vaak beperkt aanwezige informatie in de dossiers, zou daarvan de belangrijkste reden kunnen zijn.

Volgend uit de grote verschillen die gevonden zijn in de invulling van de delictanalyse, worden ook grote verschillen gevonden in de totale tijdsduur die de delictanalyse in beslag neemt (zie tabel 3). De frequentie van gesprekken varieert bij de FPA's van 1 tot 20 wekelijkse sessies van 45 minuten waarbij de (voorlopige) delictanalyse soms geïntegreerd wordt in het diagnostisch onderzoek. De gehele tijdsduur van delictanalyse neemt volgens de kernfunctionarissen 6 weken tot 6 maanden in beslag. De totale tijdsduur van de delictanalyse varieert binnen de FPC's van 2 weken tot 1,5 jaar, waarbij in het eerste geval de delictanalyse geïntegreerd werd in het diagnostisch onderzoek en in het tweede geval de delictanalyse onderdeel was van behandeling. Het aantal gesprekken voor het delictscenario varieert van 1-3 wekelijkse sessies tot 30 wekelijkse sessies. De duur van de sessies variëren van 45 minuten tot 2 uur. Bij de FPK's werd er gemiddeld een periode van 3 maanden aangehouden om de (voorlopige) delictanalyse op te stellen. De duur van het delictscenario was bij een FPK 12-20 wekelijkse sessies. In een andere FPK werd aangegeven dat de totale tijdsduur van het delictscenario tot maximaal twee jaar kan duren, waarbij niet duidelijk te zeggen was hoeveel sessies er gemiddeld aan besteed worden. Binnen de FPP's varieert de duur van de delictanalyse van ruwweg zeven weken in de vorm van een voortraject tot zes maanden wanneer de delictanalyse geïntegreerd is in behandeling. De frequentie van sessies varieert hierbij van 2-5 gesprekken tot 26 wekelijkse sessies. De duur van de sessies varieert van 45 minuten tot 1,5 uur.

Tabel 3. Aantal sessies, tijdsduur van het proces van delictanalyse en de frequentie van gesprekken per type instelling.

	Minimaal gemiddeld aantal sessies	Maximaal gemiddeld aantal sessies	Frequentie	Minimale duur	Maximale duur
FPA	1	20	wekelijks	6 weken	6 maanden
FPC	1	30	wekelijks	2 weken	1,5 jaar
FPK	12	20	wekelijks	2 weken	2 jaar
FPP	2	26	wekelijks	7 weken	6 maanden
PPC	-	-	wekelijks	6 weken	6 maanden

Bij bijna elke instelling werd aangegeven dat het moeilijk is om de gemiddelde duur en frequentie van gesprekken aan te geven. De kernfunctionarissen gaven aan dat ook intern sterke variaties bestaan in de tijdsduur van de delictanalyse. Als reden voor deze sterke afwijkingen werd aangegeven dat er geen normen voor de tijdsduur bestaan, dat de formats niet voldoende gebruikt worden of ontwikkeld zijn en



werden verschillende karakteristieken van zowel patiënt als behandelaar aangedragen voor een afwijkende tijdsduur.

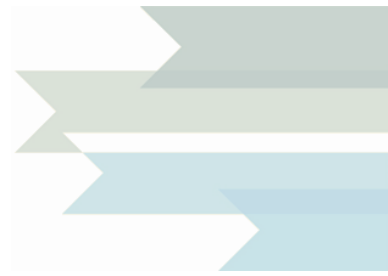
Bij afname van delictanalyse zou gedifferentieerd kunnen worden op basis van het type delict of type stoornis. Dit zou betekenen dat verschillende versies van de delictanalyse gebruikt worden, afhankelijk van de problematiek. Voor een dergelijk onderscheid zijn door de kernfunctionarissen zowel voor- als nadelen genoemd. Een aantal functionarissen noemt als nadeel dat door het gebruik van meerdere versies van de delictanalyse voor de behandelaar verwarring kan ontstaan en dat er een groter risico bestaat voor het vormen van eigen interpretaties. Hierdoor ontstaat 'wildgroei' in de uitvoering van de delictanalyse. Ook wordt opgemerkt dat het maken van een dergelijk onderscheid in type delict niet altijd werkbaar is, omdat patiënten vaak een combinatie van verschillende delicten hebben gepleegd en/of er sprake is van comorbiditeit.

Het meest genoemde voordeel door de kernfunctionarissen is dat het maken van een onderscheid op basis van het type delict, alle belangrijke delictspecifieke aspecten aan bod zullen komen. De kans dat (risico)factoren die belangrijk zijn voor de specifieke doelgroep over het hoofd gezien worden, wordt volgens hen hierdoor verkleind. Ook wordt genoemd dat een werkwijze die rekening houdt met het type gepleegde delict in het geval van een groepsbehandeling voordelen oplevert: er worden volgens hen dan tijdens de groepsbehandeling geen onnodige vragen gesteld. Een kernfunctionaris gaf hierbij het voorbeeld dat een patiënt die een geweldsdelict gepleegd heeft, vaak niet geconfronteerd wil worden met vragen die zedenproblematiek aangaan. Wanneer gedifferentieerd wordt, wordt de patiënt hier niet mee geconfronteerd en wordt eventuele weerstand op dit gebied voorkomen. Uit de antwoorden van de bevroegde kernfunctionarissen bleek dat de meerderheid van de instellingen één generieke delictanalyse hanteert, ongeacht het type delict of type stoornis.

Door vrijwel iedere kernfunctionaris werd aangegeven dat de delictanalyse bij iedere patiënt gedaan dient te worden. Indien een patiënt niet mee wil of kan werken aan de delictanalyse, wordt er veelal op basis van de beschikbare informatie een delictanalyse opgesteld. Exclusiecriteria die genoemd werden voor daadwerkelijke deelname van een patiënt aan de interventie zijn: actief psychotische symptomen, ontkenning van het delict, grote weerstand, te beperkte intellectuele vermogens, groepsongeschiktheid (in geval van een groepsbehandeling), een behandelgeschiedenis waarbij al een adequate delictanalyse opgesteld is en een gebrek aan zelfinzicht en zicht op wat er speelde ten tijde van het delict.

❖ *Totstandkoming methode van delictanalyse*

De meeste instellingen lijken de methode voor de delictanalyse zelf ontwikkeld te hebben, waarbij in veel gevallen de eigen ervaringen in de praktijk verwerkt zijn en verschillende methoden van collega-instellingen



zijn gecombineerd. Hiervoor werden formats opgevraagd, delictanalyses van vorige werkgevers werden bij elkaar gelegd en/of functionarissen van andere instellingen werden geraadpleegd. Om de methode van delictanalyse samen te stellen, is in veel instellingen een aantal behandelaren (veelal GZ-psychologen) aangesteld. Een klein aantal functionarissen kan niet aangeven door wie of hoe de delictanalyse ontwikkeld is: aangegeven wordt dat de delictanalyse er al lag en/of door overlevering over de jaren heen is overgedragen.

De delictanalyse blijkt bij een (klein) aantal instellingen voortdurend onder revisie te staan: het is hier een dynamisch product dat door middel van ervaringen en nieuwe inzichten wordt aangepast. Deze inzichten en ervaringen worden gedeeld tijdens intervisie of bij speciaal opgerichte werkgroepen. Hiernaast lijkt de ontwikkeling van de verschillende zorgprogramma's ook een rol te hebben gespeeld bij de doorontwikkeling van de delictanalyse: delictanalyses werden opnieuw geëvalueerd en aangepast. Tot slot heeft een instelling samengewerkt met de reclassering om een format voor delictanalyse te ontwikkelen.

De theoretische achtergrond van de delictanalyse is op basis van de interviews divers te noemen. Er wordt gebruik gemaakt van verschillende theorieën, in verschillende combinaties. Opvallend is dat in veel gevallen de kernfunctionaris moest gissen naar de theoretische constructen van de delictanalyse. Het biopsychosociaal model wordt het meest genoemd als achterliggende theorie van de delictanalyse: in 11 van de 32 instellingen wordt deze theorie genoemd als theoretische achtergrond van de delictanalyse. Ook de cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt door veel instellingen aangeduid als theoretische achtergrond (10 van de 32 instellingen). Hierbij valt op dat de CGT enkel in combinatie genoemd wordt met andere theorieën. Andere theorieën/therapeutische stromingen die zijn genoemd zijn het 4-factorenmodel (zes keer), het Risk, Needs, Responsivity model (vier keer), Good Lives Model (vier keer), de schemagerichte therapie (vier keer), terugvalpreventiemodel (vier keer), psychodynamische therapieën (drie keer) en de delictscenarioprocedure van Van Beek (zes keer). In vijf instellingen is de delictanalyse niet op een specifiek theoretisch fundament gebaseerd.

❖ *Ervaringen met delictanalyse en verbeterpunten*

In de hieronder opgesomde ervaringen en verbeterpunten wordt duidelijk dat er in de praktijk een veelheid aan opvattingen, visies, uitgangspunten en ideeën bestaat. Uit de interviews werd duidelijk dat bij de meeste instellingen consensus bestaat over de manier waarop de delictanalyse is vormgegeven en worden de gehanteerde delictanalyses als positief ervaren. Bij verschillende instellingen wordt door de kernfunctionaris opgemerkt dat het belangrijk is dat de functionaris zelf logisch blijft nadenken en niet enkel het format volgt; afwijken van het format is soms noodzakelijk. Een goed delictanalyseformat blijkt uit de ervaringen van de geïnterviewden structuur te geven aan de analyse, maar tegelijkertijd de functionaris de ruimte te geven voor eigen invulling en aanpassing.



Een punt dat tijdens de interviews vaker genoemd werd, had betrekking op de integratie van de delictanalyse met het behandelproces. Aangegeven werd dat de delictanalyse een dynamisch product is (gedurende de behandeling dient nieuwe informatie geïntegreerd te worden) en ook als zodanig moet worden beschouwd en worden gehanteerd. In de praktijk blijkt dit nog niet voldoende te worden gevolgd: de initieel opgestelde delictanalyse wordt vaak niet meer aangepast en 'verdwijnt' soms in het dossier. Ook wordt de delictanalyse volgens verschillende kernfunctionarissen niet voldoende geïntegreerd met behandelmodules: de samenhang met interventies zoals het opstellen van het signaleringsplan en het terugvalpreventieplan wordt in de praktijk niet altijd gemaakt. Naast de behandelmodules, wordt ook de koppeling tussen de delictanalyse en de risicotaxatie moeilijk gevonden. Een aantal functionarissen gaf aan hier meer handvatten bij te kunnen gebruiken.

Andere punten die genoemd werden hadden betrekking op praktische zaken, de onderbouwing van de delictanalyse en de voorwaarden/uitgangspunten voor delictanalyse. Deze punten zullen achtereenvolgens worden toegelicht. Met betrekking tot de praktische zaken, werd door verschillende kernfunctionarissen opgemerkt dat de registratie van de delictanalyse in elektronische systemen verbeterd dient te worden. Ook werden er problemen met betrekking tot de toegang tot het strafdossier genoemd, wat het vinden en controleren van de feiten voor de delictanalyse lastig maakt. De duidelijkheid van het delictanalyseformat verdient volgens een aantal kernfunctionarissen evenwel verbetering: er bestaat behoefte aan een duidelijker format, omdat de invulling van de delictanalyse bij een aantal instellingen nog sterk afhankelijk is van de behandelaar. Er bestaat hierdoor binnen de instelling verschil in afname van de delictanalyse. Een oplossing die hiervoor werd aangedragen is het ontwikkelen van een format dat gelijkenissen vertoont met de protocollaire behandelingen in de reguliere GGZ. Met betrekking tot de tijdsduur werd er bij een instelling (FPA/FPP) aangegeven dat 10-15 wekelijkse sessies van 45 minuten voldoende zijn: korter zou de kwaliteit van de analyse niet ten goede komen. Vanuit een andere instelling wordt aangegeven dat de effectiviteit en de kwaliteit voorop moeten staan in plaats van tijdsbesparing. Er zijn echter ook andere geluiden: een FPC heeft aangegeven dat de delictanalyse korter en sneller moet gebeuren. Hierbij moet worden gezegd dat tijdsduur hier relatief is: bij alle instellingen worden immers andere vormen van delictanalyse gebruikt met een andere tijdsduur.

Wat betreft de onderbouwing van de delictanalyse kwam naar voren dat de kernfunctionarissen de behoefte hebben om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van de delictanalyse. Er is vraag naar onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de interventie. Ook werd genoemd dat de theoretische achtergrond van de delictanalyse gemist wordt en dat er behoefte is om hier zicht op te hebben. Tevens wordt over de achterliggende theorie gezegd dat dit het Good Lives Model en het zelfregulatiemodel moet bevatten. Het 4-factorenmodel wordt eveneens genoemd, maar hierbij wordt opgemerkt dat de samenhang met de risicofactoren meer beschreven dient te worden. Een



kernfunctionaris afkomstig uit instelling voor verslaving (FPP) geeft aan dat juist meer de kennis over het brein en de neuronale activiteit belicht moeten worden. Binnen een FPK wordt aangegeven dat er geïnvesteerd moet worden in scholing.

Tot slot werden verbeterpunten genoemd die betrekking hadden op de voorwaarden voor delictanalyse, de uitgangspunten en de vorm van de delictanalyse. Er wordt bijvoorbeeld genoemd dat er sprake moet zijn van een therapeutische relatie alvorens een delictanalyse kan worden opgesteld. Ook wordt genoemd dat het helder moet zijn wat het doel is van de delictanalyse: diagnostiek of behandeling. Hierbij moet volgens verschillende kernfunctionarissen in acht worden gehouden wat de wensen zijn van zowel de patiënt als het Ministerie van Veiligheid en Justitie. De context waarbinnen het delict heeft plaatsgevonden moet volgens een kernfunctionaris uitgebreid in beeld worden gebracht in de delictanalyse. Tevens werd door dezelfde functionaris genoemd dat het sociale netwerk bij de delictanalyse betrokken moet worden en dat er meer aandacht moet zijn voor de variaties in delictroutes. Een andere functionaris oppert dat de delictanalyse zich niet moet richten op één delict, maar op het gehele probleemgedrag en de functie van dit gedrag. Tot slot wordt genoemd dat de delictanalyse gecombineerd dient te worden met vaktherapie.

❖ *Kwaliteitswaarborging*

Er bestaat verdeeldheid in het veld over de minimale opleidingseisen die gesteld moeten worden aan de functionaris die de delictanalyse opstelt. De meerderheid geeft aan dat minimaal een universitaire opleiding vereist is. Slechts door drie kernfunctionarissen wordt aangegeven dat een psycholoog in opleiding (WO nog niet afgerond), een HBO studie of een HBO+ studie de minimale opleidingseis is voor afname van de delictanalyse. Vaak wordt ook genoemd dat degene die de delictanalyse opstelt, minimaal gestart is met een postdoctorale opleiding of deze reeds afgerond heeft. Indien een basispsycholoog of psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog de delictanalyse opstelt, wordt supervisie noodzakelijk geacht. Naast de opleidingseisen worden er nauwelijks specifieke eisen gesteld aan de vaardigheden van het personeel dat de delictanalyse afneemt. De vaardigheden die genoemd worden door een (klein) aantal functionarissen hebben voornamelijk betrekking op algemene vaardigheden, zoals goede gesprekstechnieken, in staat zijn om groepen te begeleiden (in het geval dat de delictanalyse een groepsbehandeling betreft), het kunnen integreren van informatie en voldoende klinische ervaring.

In de praktijk worden nauwelijks trainingen of scholingen aangeboden aan functionarissen. Van alle geconsulteerde instellingen zijn er slechts twee instellingen die een training verzorgen voor afname delictanalyse. Dit betreft een FPK en een FPP. Binnen de FPP wordt dit gedaan door middel van training voor nieuwkomers waarbij gedurende een maand getraind wordt in (onder andere) de delictanalyse. Eén FPA heeft ongeveer een jaar geleden een training verzorgd met hulp van een universiteit. Deze training



willen zij jaarlijks laten herhalen. Twee instellingen geven aan dat in het verleden wel trainingen geboden werden, maar dat dit tegenwoordig niet meer gebeurt. Eén instelling geeft aan dat zij zoeken naar een manier om delictanalyse te trainen; momenteel zijn zij bezig een scholingstraject op te stellen. De overige instellingen bieden geen specifieke training: (nieuwe) functionarissen kijken ter voorbereiding op afname van de delictanalyse veelal mee met ervaren collega's.

De kwaliteitswaarborging van de delictanalyse tijdens het proces van opstellen van de delictanalyse wordt in de praktijk veelal gedaan door supervisie en/of intervisie. De basispsychologen en functionarissen in opleiding krijgen vrijwel bij alle instellingen supervisie. Ook bleek dat er in de praktijk vaak gebruik wordt gemaakt van de ervaring van collega's: ervaren collega's geven feedback op de delictanalyses van functionarissen die hier minder bedreven in zijn en/of hier net mee zijn gestart. Ook bieden de instellingen veelal de mogelijkheid om vragen met betrekking tot delictanalyses tijdens een multidisciplinair- of een intercollegiaal overleg in te brengen, waardoor men zicht krijgt op elkaars werk en elkaar kan aanvullen dan wel helpen bij moeilijkheden.

❖ *Onderzoek*

Er is door geen van de bevroegde instellingen onderzoek gedaan naar delictanalyse. Twee instellingen hebben dit in het verleden wel getracht op te zetten, maar door een te kleine N en een sabbatical van een van de onderzoekers zijn deze plannen uiteindelijk niet doorgezet. Hoewel een aantal instellingen (in totaal 2) aangegeven hebben dat zij delictanalyse in de toekomst zouden willen onderzoeken, heeft geen van de instellingen plannen om op korte termijn een onderzoek uit te voeren naar delictanalyse.

❖ *Deelconclusie semi-gestructureerde interviews*

Uit de semi-gestructureerde interviews die afgenomen zijn met kernfunctionarissen van verschillende forensisch psychiatrische instellingen, is duidelijk geworden dat de praktijk op zeer diverse wijze invulling geeft aan de delictanalyse. De interventies die uitgevoerd worden zijn zeer verschillend. Sommige interventies worden enkel op basis van het dossier vormgegeven, terwijl andere een uitgebreide psychotherapie omvatten. De tijdsduur die de delictanalyse in beslag neemt, verschilt dan ook enorm. In de praktijk worden verschillende namen gehanteerd voor de delictanalyse: ook de namen delictscenario, delictscenarioprocedure, delictketen, delictketengroep, delictbespreking en delictbewerking worden gebruikt. Ondanks dat de functionarissen aangegeven hebben dat de delictanalyse een belangrijke plaats inneemt in de forensische zorg, worden nauwelijks trainingen gegeven aan functionarissen die de delictanalyse afnemen. De delictanalyse is binnen veel instellingen op basis van eigen ervaringen en kennis



van andere instellingen samengesteld. In de instellingen heerst weliswaar consensus over de wijze waarop de delictanalyse is vormgegeven, maar wordt er intern ook vaak van het format afgeweken.

2.3. Conclusie

Uit het praktijkonderzoek is duidelijk geworden dat er een zeer grote heterogeniteit bestaat in het forensische veld op het gebied van delictanalyse. Zo is gevonden dat de delictanalyse zowel als diagnostische- als behandelinterventie wordt aangemerkt. Ook worden de delictanalyses zowel individueel als in groepsverband vormgegeven. In de meeste instellingen wordt de patiënt betrokken bij de delictanalyse, hoewel er binnen een aantal instellingen een eerste delictanalyse opgesteld wordt op basis van het dossier. Deze enorme verschillen maakten het niet mogelijk om een samenvatting van de gehanteerde werkwijzen te formuleren. De data moest daarom op een aantal variabelen worden onderzocht om de verschillen en overeenkomsten tussen de delictanalyses scherper te krijgen. Aan de hand van deze variabelen wordt in deze conclusie een zo goed mogelijk beeld geschetst van de delictanalyse in de forensische zorg.

Vanuit zowel de interviews als de documentatie is gebleken dat delictanalyse de meest gebruikte term is. Hiernaast worden zowel de termen delictscenario als delictketen vaak gehanteerd. Het aantal keer dat de termen werden genoemd in de documentatie en de interviews verschilt van elkaar. Zo wordt in de documentatie het delictscenario achttien keer genoemd, terwijl dit in de interviews slechts zeven maal was. Ook werden in de documentatie meer termen gevonden dan in de interviews naar voren zijn gekomen. Dit wijst erop dat de documentatie en de daadwerkelijke uitvoering (inclusief het gebruik van terminologie) niet met elkaar overeenkomen.

Hoewel de terminologie, definities en de interventies grote verschillen vertonen, bestaan er in de opgestelde doelen van de delictanalyse overeenkomsten. In veel doelen is aangedragen dat de delictanalyse aangrijpingspunten biedt voor behandeling, inzicht geeft in de risicofactoren en leidt tot een vermindering van recidive. In de documentatie is als vierde doel verscheidende keren het veranderen van gedrag genoemd. In de interviews daarentegen is slechts eenmaal aangegeven dat 'het gedrag bewerkt' wordt in de delictanalyse. Voorbeelden van de gedragsveranderingen die genoemd zijn in de documentatie, zijn het vergroten van vaardigheden, het vergroten van het inlevingsvermogen in de ander, het verkrijgen van meer zelfkennis, het herkennen van gedragspatronen, het aanleren van mentaliseren en het begrijpen van de samenhang tussen gedachten, gevoelens en gedrag en hierbij in staat zijn om alternatieve gedachten te ontwikkelen en gebruiken.

Opvallend aan de verzamelende schriftelijke informatie is dat de delictanalyse weinig concreet gedocumenteerd is. Er bestaan grote verschillen in de gehanteerde documenten, waarbij sommige instellingen enkel rapportageformats hebben voor de afname van delictanalyse. Informatie over de theoretische achtergrond, de minimale en maximale duur van de afname en definities van de interventies



wordt vaak niet aangegeven.

De delictanalyse is dus een diagnostische interventie die in alle forensisch psychiatrische instellingen wordt uitgevoerd. Zoals duidelijk naar voren gekomen in dit praktijkonderzoek, wil dit echter niet zeggen dat er consensus is over de invulling en de uitvoering ervan. De werkwijze, alsmede de gebruikte terminologie, definities, de theoretische achtergrond en het kader waarbinnen de delictanalyse plaatsvindt (diagnostiek/behandeling) is voor alle instellingen verschillend. Opvallend is dat er verschillen bestaan tussen instellingen, maar ook binnen instellingen. Het gebrek aan duidelijke formats en richtlijnen lijken hiervoor de oorzaak te zijn, evenals het gebrek aan training en scholing in de afname van de delictanalyse. Er bestaat in de praktijk een behoefte aan duidelijke handvatten voor het doel, de theoretische onderbouwing en de methodische uitgangspunten van delictanalyse.

2.3.1. Aangrijpingspunten voor interventieontwikkeling

Door de grote diversiteit op het gebied van delictanalyse in de praktijk, is het niet mogelijk gebleken om interventies te identificeren die als ‘best-practice’ zouden kunnen gelden. Vanuit het praktijkonderzoek is wel een aantal punten naar voren gekomen die kunnen bijdragen aan de invulling van een dergelijke best-practice voor delictanalyse. Allereerst lijkt het raadzaam om daar waar kan bij de bestaande terminologie aan te sluiten. De definitie van de gebruikte concepten dient helder en concreet te zijn. In de praktijk is enige overeenstemming over definities van delictanalyse en delictscenario. Bij de ontwikkeling van een interventie voor delictanalyse zullen deze als uitgangspunten dienen.

Over het kader (behandeling/diagnostiek/beide) waarbinnen de delictanalyse behoort plaats te vinden bestaat veel discussie. Door de FPC's worden veelal diagnostische doelstellingen gehanteerd, terwijl binnen FPA's voornamelijk gekozen wordt voor een interventie die gericht is op behandeling. Binnen FPP's en FPK's is de diversiteit te groot om hier een eenduidige richting in te kunnen ontdekken. Het praktijkonderzoek onderstreept het belang van helder geformuleerde doelen van een interventie.

In de forensische psychiatrie staat het doel recidivevermindering centraal. Een interventie zoals delictanalyse dient hier eveneens aan bij te dragen. Dit doel zal daarom worden gebruikt als uitgangspunt voor de te ontwikkelen interventie. De wijze waarop hieraan invulling gegeven wordt, is mede afhankelijk of de doelstelling diagnostisch van aard is of dat het een behandeldoelstelling betreft. In het geval van een diagnostische doelstelling ligt de nadruk op het identificeren van factoren die hebben bijgedragen aan het delict, waarna via gerichte behandeling deze factoren kunnen worden veranderd. Recidivevermindering is in dit opzicht een meer indirect doel. Wanneer de delictanalyse duidelijke behandeldoelen heeft, is de recidivevermindering primair als doel gesteld: de interventie is gericht het bevorderen van gedragsveranderingen. Ook voor deze doelstelling is het noodzakelijk dat er voldoende zicht is op factoren die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van het delict. In de interventie voor delictanalyse zal dit moeten worden opgenomen.



In de praktijk worden veel afwijkingen gevonden van de binnen de instelling voorgeschreven werkwijze. De redenen die hiervoor genoemd werden, zijn talrijk. Niet enkel 'gebreken' in de gehanteerde interventie werden aangedragen, maar vaak ook patiëntkarakteristieken. Het werken met forensisch psychiatrische patiënten is volgens de geïnterviewden maatwerk; de problematiek is vaak complex. De kernfunctionarissen vragen hierdoor niet om een te strak geprotocolleerde interventie: individuele aanpassingen blijken per slot van rekening vaak nodig. Tegelijkertijd wordt door deze kernfunctionarissen ook aangegeven dat een duidelijke richting voor delictanalyse gemist wordt. Dat leidt er onder andere toe dat instellingen lastig delictanalyses kunnen uitwisselen indien een patiënt overgeplaatst wordt, omdat vaak niet duidelijk is hoe de delictanalyse tot stand is gekomen en omdat de delictanalyse niet altijd voldoet aan de interne eisen. Duidelijke handvatten zijn volgens een aantal kernfunctionarissen daarom gewenst en zijn noodzakelijk voor een succesvolle implementatie. Bij de ontwikkeling van een interventie moeten deze punten in acht worden genomen.

In de meeste gevallen ontbreekt een theoretisch kader of is deze slechts summier beschreven. De theorieën en therapeutische stromingen die naar voren zijn gekomen in het praktijkonderzoek zullen in het verdiepend literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 3) aan de orde komen. Hierna kan bepaald worden wat de precieze bijdrage zou kunnen zijn van deze theorieën en therapeutische stromingen bij de ontwikkeling van een theoretisch kader voor de delictanalyse.

2.4. Literatuur

Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC – UvA. (2002). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids(zorg)onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam.



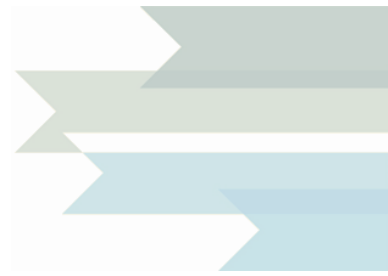
Hoofdstuk 3: Verdiepend literatuuronderzoek

Uit zowel het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek is gebleken dat er nauwelijks wetenschappelijke evidentie is voor de werkwijze en effectiviteit van de delictanalyse. Om te waarborgen dat de te ontwikkelen interventie voor delictanalyse zoveel mogelijk is gestoeld op empirisch onderbouwde principes, is een verdiepend literatuuronderzoek uitgevoerd naar de meest voorkomende theorieën, therapeutische technieken en aanverwante onderwerpen (bijv. risicotaxatie) die raakvlakken hebben met de delictanalyse. De meest voorkomende therapeutische technieken zijn gekozen op basis van de meest gangbare en meest evidence based therapeutische stroming: cognitieve gedragstherapie. De aanverwante onderwerpen zijn gekozen op basis van hun samenhang met diagnostiek en behandeling, waarbij processen van diagnostiek, motiveren en therapeutische interactie voor de hand liggen. Voor het zoeken naar literatuur werd gebruik gemaakt van databases zoals PsychINFO en PubMed. Tevens werd er gebruik gemaakt van Google Scholar. Zoektermen die onder andere zijn gebruikt zijn: risk-need-responsivity model, good lives model, shared decision model, biopsychosociaal model (biopsychosocial approach), vier factoren model, offense pathway model, self regulation model, offense process model, terugvalpreventieplan (relapse prevention model), risicotaxatie (risk assessment), casusconceptualisatie (case conceptualization; case formulation), functie- en betekenisanalyse (functional analysis), treatment readiness, barriers to change model, offense paralleling behaviour, motivational interviewing en therapeutisch psychologisch onderzoek (therapeutic assessment model). Daarnaast is er gebruik gemaakt van *cross-referencing* waarbij de literatuurlijst van relevante artikelen is geraadpleegd. In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens kort de meest gebruikte theoretische modellen, therapeutische technieken en werkwijzen beschreven die forensische zorg hebben beïnvloed en die raakvlakken hebben met delictanalyse.

3.1. Theorieën

3.1.1 Risk-Need-Responsivity model

Het risico-need-responsiviteit ([RNR]; Andrews & Bonta, 2003) model wordt algemeen beschouwd als het belangrijkste model voor de behandeling van forensische patiënten. Het model beschrijft drie algemene principes voor effectieve behandeling: risico, behoefte en responsiviteit. Het risico principe stelt dat de intensiteit van de behandeling overeen moet komen met het risiconiveau van de patiënt; dus patiënten met een hoog risico moeten intensievere behandeling krijgen dan patiënten met een laag risico. Het behoefte principe stelt dat behandeling van de patiënt zich moet richten op de dynamische criminogene behoeften of kenmerken die gerelateerd zijn aan crimineel gedrag. Andrews en Bonta (2010a) onderscheiden acht criminogene factoren die vaak voorkomen bij forensische patiënten: geschiedenis van antisociaal gedrag, antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities, crimineel netwerk, gebrekkige gehechtheid aan familie/partners, lage betrokkenheid bij school of werk, doelloos gebruik van vrije tijd en middelenmisbruik.



Ten slotte geeft het responsiviteitsprincipe aan dat forensische behandeling moet worden afgestemd op de kenmerken en omstandigheden van de patiënt, zoals de cognitieve en emotionele stijl, culturele achtergrond, motivatie en de bereidheid voor behandeling. Er is veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van het RNR-model. Deze studies wijzen uit dat interventies die gebaseerd zijn op de drie principes, effectiever zijn dan interventies die deze principes niet (bijvoorbeeld sanctieprogramma's) of slechts gedeeltelijk hebben gevolgd (Andrews & Bonta, 2010b; Dowden, Antonowicz & Andrews, 2003).

Het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe vormen de eerste drie *what works* principes die aanknopingspunten bieden voor diagnose, risicomangement, behandeling en resocialisatie (EFP, 2014). Naast deze algemene principes beschrijven Andrews en Bonta (2003) ook het professionaliteitsprincipe, het integriteitsprincipe en het eigen-contextprincipe. Het professionaliteit principe geeft aan *wie* de behandeling dient uit te voeren. Het integriteitsprincipe geeft aan dat de geïndiceerde behandeling uitgevoerd dient te worden op de wijze waarop deze bedoeld is. Tot slot geeft het eigen-contextprincipe aan dat de interventie zoveel mogelijk binnen de eigen context van de patiënt dient plaats te vinden (EFP, 2014).

3.1.2 Good Lives Model

Het Good Lives Model ([GLM]; Ward & Gannon, 2006) is ontwikkeld als reactie op het RNR-model en stelt dat de focus op criminogene factoren wel noodzakelijk is, maar dat dit op zichzelf niet voldoende is (Ward & Gannon, 2006; Wilson & Yates, 2009). Het GLM streeft primair naar het vergroten van het welzijn van de delinquent. Nadruk ligt op het vergroten van acties en/of ervaringen die bevorderend zijn voor het welzijn, zoals contact met netwerk, kennis en creativiteit (Pomp, 2009; Wilson & Yates, 2009). In het GLM worden deze geoperationaliseerd als *primary goods*. Het uitgangspunt is dat de *primary goods* voor een ieder gelijk zijn, maar dat de waarde die er aan wordt gehecht per individu verschillend is (Barnao, Ward, & Casey, 2015). Crimineel gedrag wordt gezien als het gevolg van ineffectieve of ongepaste methoden om de *primary goods* te bereiken. Het GLM stelt dat in de behandeling expliciete aandacht moet zijn voor het identificeren van de interne en externe factoren die het behalen van *primary goods* hebben tegengewerkt. De vaardigheden van de patiënt om deze op een sociaal acceptabele manier te bereiken dienen te worden vergroot (Barnao et al., 2015; Netto, Carter, & Bonell, 2014). Het GLM veronderstelt dat het verbeteren van persoonlijke voldoening uiteindelijk zal leiden tot een vermindering van de criminogene factoren, terwijl RNR veronderstelt dat door het verminderen van de criminogene factoren de persoonlijke voldoening zal verbeteren.

De invloed van het GLM op de behandeling en op recidive is nog onduidelijk (Barnao e.a., 2015; Pomp, 2009). Uit een recent overzichtsartikel van Netto, Carter en Bonell (2014) blijkt dat er nauwelijks evidentie bestaat dat interventies die het GLM volgen, recidive reduceren. Er zijn enkele aanwijzingen dat interventies voortkomend uit het GLM een hogere motivatie voor behandeling (Mann, Webster, Schofield,



& Marshall, 2004), meer betrokkenheid bij behandeling (Mann, e.a., 2004), meer actieve verantwoordelijkheid voor (risico)gedrag (Mann, e.a., 2004) en een lagere drop-out (Simons, McCullar, & Tyler, 2006) tot gevolg hebben wanneer deze interventies worden vergeleken met interventies voortkomend uit het terugvalpreventiemodel. Kanttekening bij deze studies is dat louter seksueel delinquenten zijn onderzocht.

3.1.3 Terugvalpreventiemodel

Het terugvalpreventiemodel (Marlatt & Gordon, 1985; Pithers, Gibat, & Marlatt, 1983) is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie en tracht hoog risico situaties voor terugval te identificeren. Het uitgangspunt is dat terugval het eindpunt is van een individueel proces van meerdere stappen (Proulx, 2014). Het is een keten van interne en externe factoren waardoor terugval uiteindelijk plaatsvindt (Polaschek, Hudson, Ward & Siegert, 2001). Aan de hand van deze stappen wordt een terugvalpreventieplan opgesteld dat als doel heeft om het inzicht van de patiënt te vergroten. Wanneer een patiënt inzicht heeft in de gedragsketen, kan door middel van het geven van hierop gerichte behandeling herhaling van het delict (mogelijk) voorkomen worden.

Het model komt oorspronkelijk uit de verslavingszorg, maar is later aangepast voor de forensische zorg – in het bijzonder voor seksueel delinquenten (Pithers, 1990). Tegenwoordig wordt het terugvalpreventiemodel voor een grote verscheidenheid aan delicten gebruikt. Hoewel het terugvalpreventiemodel in de praktijk vaak wordt gehanteerd, zijn er slechts enkele gecontroleerde studies gedaan naar de effectiviteit van de interventie (Laws, 1999; Proulx, 2014). Uit een meta-analyse van Dowden, Antonowicz en Andrews (2003) blijkt dat recidive effectiever vermindert indien interventies elementen van het terugvalpreventiemodel bevatten in vergelijking met interventies die deze elementen niet bevatten. Van de groep die deze interventie aangeboden had gekregen, recidiveerde gemiddeld 42.5%, terwijl onder de controlegroep dit percentage 57.5% was. Kanttekening is echter dat deze effecten ook gevonden worden voor algemene interventies en dus niet specifiek zijn voor interventies die gebaseerd zijn op het terugvalpreventiemodel. Verdere analyses toonden aan dat het aantal elementen eveneens effect had op recidive: wanneer een interventie twee of meer elementen van het terugvalpreventiemodel bevatte, was deze significant effectiever in het verminderen van recidive ($r = 0.22$, $n = 22$) dan wanneer de interventie één element ($r = 0.12$, $n = 15$) bevatte of non-specifiek ($r = 0.10$, $n = 9$) was (Dowden et al., 2003).

3.1.4 Biopsychosociaal model

Het biopsychosociaal model (Engel, 1977; Dodge & Pettit, 2003) veronderstelt dat zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen bij de ontwikkeling van agressief gedrag. Mannelijk geslacht, genetische aanleg en prenatale intoxicatie zijn voorbeelden van biologische factoren die van invloed kunnen zijn op agressie. Psychologische factoren verwijzen naar cognitieve en emotionele processen (bijvoorbeeld cognitieve vertekeningen, woede) en andere factoren die in de persoonlijkheid



liggen. Voorbeelden van sociale factoren die van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van agressief gedrag zijn sociaaleconomische omstandigheden, opvoedstijlen, sociale uitsluiting en interactie met leeftijdsgenoten (Dodge & Pettit, 2003). Deze factoren zijn niet een-op-een van invloed op de ontwikkeling van agressief gedrag. Volgens het biopsychosociaal model is het juist de combinatie en wisselwerking tussen deze statische en dynamische factoren die bepaalt in hoeverre agressief gedrag zich ontwikkelt of bestendigt. Het biopsychosociaal model is van grote invloed (geweest) op de behandeling van forensische patiënten. Voor de forensische psychiatrie betekent het model dat er vanuit de verschillende perspectieven interventies ingezet kunnen worden om het recidiverisico te verminderen. Dit model leidde tot veelvuldig onderzoek, maar heeft door zijn systemische en circulaire aard niet tot toetsbare resultaten geleid: het is tot op heden niet mogelijk gebleken om de bijdrage van de afzonderlijke factoren kwantitatief in kaart te brengen (EFP, 2014).

3.1.5 4-Factoren model

Een veel gebruikt model om delictgedrag te verklaren is het 4-factoren model (Hulstijn, Rombouts, & De Haas, 1997), dat veronderstelt dat delictgedrag het resultaat is van de interactie tussen vier factoren. De eerste factor betreft de persoonlijkheid en het psychiatrisch toestandsbeeld. De tweede factor verwijst naar situationele gegevens; ofwel de rol van de sociale context. Volgens het 4-factoren model vinden delicten veelal plaats doordat patiënten zich in moeilijke situaties bevinden. De derde factor betreft maatschappelijk inbedding, ofwel in hoeverre de patiënt deel uitmaakt van een sociaal netwerk. De aanname is dat de kans op delictgevaarlijkheid toeneemt bij een gebrek aan een sociaal vangnet. De vierde factor verklaart delictgevaarlijkheid vanuit een gebrek aan vaardigheden die ofwel sociaal, professioneel of maatschappelijk van aard zijn (Hulstijn et al., 1997).

Net als het biopsychosociaal model veronderstelt het 4-factoren model dat geen van de genoemde factor op zichzelf delictgevaarlijkheid vergroten, maar dat het risico ontstaat door een combinatie van factoren. Het doel van het model is delictgevaarlijkheid in beeld brengen, zodat behandeling gericht ingezet kan worden. Er bestaat tot op heden geen empirische evidentie voor het model.

3.2. Therapeutische technieken en methoden

3.2.1 Shared Decision Making

Het therapeutische uitgangspunt van *shared decision making* [SDM] verwijst naar een aanpak waarin behandelaar en patiënt in samenspraak de beslissingen nemen. Beide partijen dragen als het ware bewijs aan om weloverwogen een beslissing te nemen (Elwyn et al., 2012). Het is een benadering die belang hecht aan een goede relatie tussen patiënt en zorgverlener en aan de autonomie en voorkeuren van de patiënt (Godolphin, 2009). Beiden worden beschouwd als expert; de therapeut op het gebied van behandeling en de patiënt op het gebied van zijn eigen leven en omstandigheden. SDM komt voort uit de medische



wetenschap. Haman, Leucht en Kissling (2003) beargumenteren dat er in de onderzoeksresultaten een tendens te zien is die wijst op een gunstig effect van SDM, op zowel de tevredenheid van de patiënt als de behandelingsuitkomsten. Eveneens beargumenteren zij dat dit ook zou kunnen gelden voor de geestelijke gezondheidszorg. Dit wordt onder andere bevestigd door Adams, Drake en Wolford (2007), die vonden dat patiënten met ernstige psychiatrische klachten zelf het SDM prefereren.

3.2.2 Therapeutisch Psychologisch Onderzoek

Het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek ([TPO]; De Saeger & Kamphuis, 2011) verwijst naar semi-gestructureerde klinische psychodiagnostiek. In dit onderzoek staan de individuele behoeften en doelen centraal. Meestal gaat dit om het identificeren, exploreren en beantwoorden van vragen over zichzelf en zijn relaties met anderen (Finn & Tonsager, 2002). De zienswijze van Van Os (2014) sluit hierbij aan. Van Os (2014) beschrijft een persoonlijke diagnostiek waarin sprake is van een participerende patiënt die zijn eigen diagnostische data verzamelt. Ook beschrijft Van Os (2014) dat een diagnosticus vragen moet stellen aan de patiënt, waarbij de menselijke variatie, de context en het beloop van de klachten in acht worden genomen. De vragen dienen op zo'n wijze gesteld te worden dat 'mensen het gevoel hebben dat hun informatie aankomt en serieus genomen wordt' (p. 180). Deze wijze werkt volgens Van Os (2014) empowerend (de patiënt ervaart meer zelfregie).

De aanleiding voor het ontwikkelen van het TPO was de ontdekking dat patiënten positieve ervaringen op leken te doen als gevolg van psychologisch onderzoek (Finn & Tonsager, 2002). Volgens Finn en Tonsager (1997) is deze therapeutische werking van psychologisch onderzoek te verklaren door drie mechanismen. De eerste is *self-verification*, ofwel het verlangen naar bevestiging van de manier waarop wij onszelf en de wereld om ons heen zien. Tijdens een feedback sessie kan dan ook het beste eerst informatie verstrekt worden wat in overeenkomst is met hoe de cliënt zichzelf ziet, waarna geprobeerd kan worden om nieuwe informatie te integreren in het bestaande zelfbeeld van de patiënt. Het tweede mechanisme is *self-enhancement*, of het verlangen om geliefd te worden en om goed over onszelf te denken. Een manier waarop dit mechanisme kan baten is door respect voor en een positieve houding ten opzichte van de patiënt te tonen. Het behandelen van de cliënt als een waardig medewerker in elke fase van het onderzoek kan ook tot een positief resultaat leiden (Finn & Tonsager, 1997). Het derde mechanisme is *self-efficacy* of *self-discovery*. Dit verwijst naar de behoefte aan exploratie van en controle over ons zelf. Een goed TPO speelt in op deze behoefte door de patiënt te voorzien van nieuwe informatie over zichzelf en te voorzien van efficiëntere manieren om al bestaande informatie over zichzelf en levensgebeurtenissen te kunnen plaatsen (Finn & Tonsager, 1997). Volgens Finn en Tonsager (1997) leert de patiënt hierdoor om beter te communiceren over opgedane ervaringen, om relaties te zien met andere mensen, om nieuwe oplossingen te bedenken voor problemen en om accuratere voorspellingen over de toekomst te maken. Tijdens het ontwikkelen van het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek bleek tevens dat patiënten testresultaten



eerder aannamen wanneer deze gekoppeld werden aan hun persoonlijke doelen (Finn & Tonsager, 2002). Het TPO heeft raakvlakken met het *information gathering model* (Finn & Tonsager, 1997), want een psychologisch onderzoek dient ook het doel om informatie te verzamelen.

Uit de literatuur is bekend dat het TPO, vergeleken met gangbaar diagnostisch onderzoek, een grotere betrokkenheid van de patiënt bij zijn behandeling teweeg brengt en zorgt voor een sterke therapeutisch alliantie met degene die het TPO afneemt als ook met de therapeut die latere behandeling geeft (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; De Saeger, Kamphuis, Finn, Smith, Verheul, van Busschbach, Feenstra, & Horn, 2014). Uit een randomized clinical trial van De Saeger e.a. (2014) waarin het TPO vergeleken werd met het geprotocolleerde vijfgesprekkenmodel onder 74 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis(sen), werd gevonden dat patiënten die het TPO gevolgd hadden een hogere verwachting hadden van de therapie, meer waargenomen vooruitgang rapporteerden, een betere werkalliantie met de therapeut hadden en meer tevreden waren met de interventie dan patiënten die het vijfgesprekken model niet hadden gevolgd. De effectsizes varieerden van $d = 0.40$ tot 0.68 . Op de variabelen symptoomreductie en demoralisatie werden geen verschillen gevonden.

3.2.3 Casusconceptualisatie

De casusconceptualisatie is een hypothese over de moeilijkheden van een persoon, die theorieën verbindt aan de praktijk en die leidt tot een interventie (Johnstone, Whomsley, Cole & Oliver, 2011). Wanneer de casusconceptualisatie accuraat is beslaat deze volgens Needleman (1999) drie domeinen: 1) het verklaart eerdere gedrag van de patiënt; 2) het draagt bij aan het begrip over het huidige gedrag; en 3) het biedt een mogelijkheid om gedrag in de toekomst te voorspellen. Het is een sterk geïndividualiseerde aanpak, die gebaseerd is op diagnostische informatie die aan het begin van de behandeling is verzameld en waarbij nieuwe informatie gedurende iedere stap in de behandeling wordt toegevoegd. Bij de keuzes die worden gemaakt in de behandeling, wordt de casusconceptualisatie gevolgd (Persons & Hong, 2015). De casusconceptualisatie kan helpen om inzicht te krijgen in individuele risicofactoren (Hart, Sturmey, Logan, & McMurrin, 2011) en kan derhalve richting geven aan verdere effectieve en efficiënte behandeling (Sacco & Beck, 1995). Persons (2006) geeft aan dat casusconceptualisatie het meest van waarde is voor patiënten waarbij complexe problematiek speelt. Het formuleren van een casusconceptualisatie wordt door sommigen beschouwd als een kerncompetentie in de forensische zorg (o.a. Royal College of Psychiatrists, 2010).

Er zijn een aantal studies gedaan die de bijdrage van de casusconceptualisatie aan de behandeling evalueren (de zogenaamde 'treatment utility'). Bij deze studies werd voornamelijk onderzocht of de individuele aanpassing van de therapie effect had ten opzichte van geprotocolleerde behandelingen en controlegroepen (o.a. Bieling & Kuyken, 2003; Jacobson, Schmalings, Holtzworth-Munroe, Katt, Wood, & Follette, 1989; Johansson, Sjöberg, Sjögren, Johnsson, Carlbring, Andersson, Rousseau, & Andersson,



2012; Persons & Hong, 2015). Samengevat kan worden gesteld dat er geen overtuigend bewijs is gevonden dat de casusconceptualisatie de behandeluitkomst beïnvloedt. In de studies werd de directe invloed van de casusconceptualisatie op behandeluitkomst gemeten. Meer indirecte uitkomsten zoals hulp bij het kiezen van de meest geschikte therapie en/of het anticiperen op problemen gedurende de therapie zijn niet gemeten (Kuyken, 2006). Kanttekening hierbij is dat de onderzochte patiëntpopulaties qua ernst en complexiteit van de problematiek afwijken van de forensische populatie. Er zijn naar beste weten geen onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van de casusconceptualisatie onder de forensische populatie.

Hoewel de casusconceptualisatie een model op individueel niveau is, is deze manier van denken ook toegepast om modellen te ontwikkelen om het delictgedrag van groepen mensen te categoriseren en te verklaren. In de Engelse literatuur wordt dikwijls gesproken over het *pathway model* (Hudson, Ward & McCormack, 1999). Dit model gaat uit van vier typische conceptualisaties die seksueel delinquent gedrag kunnen verklaren: een vermijdend/passieve route, een vermijdend/actieve route, een aanpak/automatische route, en een aanpak/actieve route (Hudson, Ward & McCormack, 1999). Een ander model is het *integrated theory of sexual offending* (Ward & Beech, 2006) dat veronderstelt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag voorkomt uit de interactie van biologisch disfunctioneren, omgevingsfactoren en neuropsychologische elementen (o.a. sociaal leren). Naast modellen voor zedendelinquenten bestaan er ook pathway modellen voor geweldsdelinquenten (Chamers, Ward, Eccleston & Brown, 2009) en brandstichters (Tyler, Gannon, Lockerbie, King, Dickens & De Burca, 2014). Hoewel diverse publicaties over deze modellen voorhanden zijn, is het vooralsnog onduidelijk in hoeverre deze modellen ook daadwerkelijk effectief zijn in het verklaren van delictgedrag.

Naast deze pathway modellen bestaat er ook een model dat in het verlengde ligt van de casusconceptualisatie, namelijk het *offense paralleling behavior model* (Jones, 2004). Dit model gaat ervanuit dat gedrag, cognities en emoties in de periode voorafgaand aan het delict vergelijkbaar zijn met het huidige gedrag, omdat dit gedrag dezelfde functie heeft of gestuurd wordt door dezelfde processen (Daffern, Jones, Howells, Shine, Mikton, & Tunbrige, 2007; Jones, 2010). Wanneer zicht is gekomen op deze parallelle processen, kan gericht worden geïntervenieerd op het moment dat dergelijk gedrag voorkomt (Daffern e.a., 2007).

3.2.4 Functie- en betekenisanalyse

De kern van de meeste casusconceptualisaties is het opstellen van een functieanalyse (Eells & Lombart, 2011; Korrelboom & Ten Broeke, 2008). De functieanalyse is gebaseerd op operante conditionering en wordt door Korrelboom en Ten Broeke (2014, p. 74) gedefinieerd als “[...] een verklarende hypothese over de factoren die problematisch gedrag in stand houden. Die verklaring wordt gezocht in de cognitieve representaties van positieve consequenties die, althans in de beleving van de patiënt, zijn verbonden aan dat problematische gedrag”. De betekenisanalyse is nauw verwant aan de functieanalyse, echter is er een



belangrijk verschil. In tegenstelling tot de functieanalyse gaat de betekenisanalyse niet uit van het operante leerparadigma, maar van het klassieke leerparadigma. De betekenisanalyse “geeft aan hoe het waarnemen van een bepaalde situatie of gebeurtenis zodanig kennis activeert over andere gebeurtenissen en situaties, dat deze geactiveerde kennis leidt tot een niet bij de oorspronkelijke situatie passende, emotionele reactie” (Korrelboom & Ten Broeke, 2008, p.245) en belicht dus meer de veronderstelde associaties die disfunctionele emoties oproepen.

De effectiviteit van de functieanalyse wordt doorgaans beoordeeld door de effectiviteit van de behandeling (de behandeluitkomst). Nelson-Grey (2003) zegt hierover: “als de interventie gebaseerd op de veronderstelde functieanalyse succesvol is, wordt de functieanalyse beoordeeld als zijnde correct” (p. 524). Een voorbeeld van een studie waarin de functieanalyse op deze wijze is onderzocht, is de studie van Ghaderi (2006). In deze studie werd de behandeluitkomst van 50 patiënten met boulimia nervosa onderzocht. De helft van de groep kreeg een geprotocolleerde behandeling aangeboden, terwijl de andere helft van de groep een individuele behandeling aangeboden kreeg die gebaseerd was op een functieanalyse. Uit de resultaten bleek dat er nauwelijks verschillen tussen de groepen bestonden na de behandeling op de behandeluitkomst: de klachten binnen beide groepen waren significant verbeterd. De verschillen die er waren, waren in het voordeel van de behandeling die gebaseerd was op de functieanalyse. Ook werd er gevonden dat van de patiënten die geen vooruitgang boekten, 80% afkomstig was uit groep van de geprotocolleerde behandeling. Deze studie geeft aanwijzingen voor een effect van de functieanalyse op de behandelrespons. Naast onderzoeken onder groepen, is de treatment utility van de functieanalyse veelvuldig onderzocht op single case studies. Uit de resultaten van deze studies bleek dat de uitkomsten van de behandeling die gebaseerd was op een functieanalyse, beter waren ten opzichte van behandelingen die dat niet waren (o.a. Iwata, Dorsey, Slifer, Bauman, & Richman, 1994; zie ook Persons & Hong, 2015). Voor de precieze bijdrage van de betekenisanalyse aan de behandeluitkomst is geen evidentie gevonden in de wetenschappelijke literatuur.

3.3. Aanverwante onderwerpen

3.3.1 Motivationale gesprekstechnieken

Forensische patiënten worden doorgaans onvrijwillig opgenomen in forensische centra. Een gevolg hiervan is dat veel van deze patiënten niet gemotiveerd zijn voor diagnostiek of behandeling (Evershed et al., 2003). Motivatie wordt echter beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor succesvolle behandeling (Wallace & Newman, 2004). Een veelgebruikte interventie om forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te stimuleren zich te committeren aan de behandeling is via het gebruik van motivationele gesprekstechnieken (in het Engels: Motivational Interviewing [MI]; Miller & Rollnick, 1991). MI is een cliëntgerichte interventie die patiënten helpt om hun ambivalentie ten opzichte van behandeling

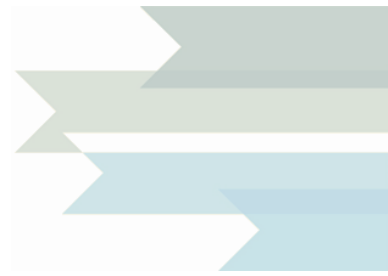


te verminderen. Het is een kortdurende interventie, meestal bestaande uit een paar sessies die de patiënt aanmoedigt om verantwoordelijkheid te nemen voor de behandeling. Het probeert de intrinsieke motivatie voor verandering te verbeteren (Miller & Rollnick, 1991). MI werd oorspronkelijk ontwikkeld voor de verslavingszorg. Er is een aanzienlijke hoeveelheid literatuur die aantoont dat MI ook effectief is bij forensische patiënten (o.a. Berman, Forsberg, Källmén, & Hermansson, 2010; Carroll et al., 2006). McMurrin (2009) beoordeelde recentelijk dertien studies die de effectiviteit van MI bij forensische patiënten onderzocht (bijv. Easton, Swan, & Sinha, 2000; Miles, Duthiel, Welsby & Haider, 2007; Lincourt, Kuettel & Bombardier, 2002). Uit de studie van McMurrin (2009) kwam naar voren dat MI effectief is in het vergroten van de motivatie voor behandeling en het reduceren van crimineel gedrag (effect sizes variërend van 0.22-1.40).

3.3.2 Treatment readiness

Het concept van treatment readiness wordt in de literatuur veelvuldig in verband gebracht met forensisch psychiatrische zorg (o.a. Burrowes & Needs, 2009; Day, Howells, Casey, Ward, Chambers, & Birgden, 2009; McMurrin & Ward, 2010). Treatment readiness is een belangrijke responsiviteitsfactor, zoals beschreven in het RNR-model. Het wordt door Ward, Day, Howells en Birgden (2004, p.650) gedefinieerd als “the presence of characteristics (states or dispositions) within either the client or the therapeutic situation, which are likely to promote engagement in therapy and which, thereby, are likely to enhance therapeutic change” (vertaling: *de aanwezigheid van de kenmerken (situatieel of dispositioneel) binnen de cliënt of de therapeutische situatie, waarvan waarschijnlijk wordt geacht dat zij de toewijding in therapie bevorderen en die daardoor waarschijnlijk de therapeutische verandering vergroten*). Een tekort aan treatment readiness wordt in verband gebracht met drop-out van behandeling (Mossière & Serin, 2014): indien een patiënt nog niet voldoende klaar is om deel te nemen aan behandeling, is de kans groter dat hij vroegtijdig met de behandeling stopt. Uit literatuur blijkt dat dit samenhangt met een verhoogde kans op recidive (o.a. Olver, Stockdale, & Wormith, 2011).

Er bestaan verschillende modellen om de componenten van treatment readiness te omschrijven. Een recent model dat deze componenten beschrijft, is het Readiness to Change Framework ([RCF]; Burrowes & Needs, 2009). Dit model bestaat uit twee delen: 1) het Context of Change Model [CCM] en 2) het Barriers to Change Model [BCM]. Het CCM bestaat uit drie factoren: de interne context van een individu, de omgeving van verandering en de katalysator voor verandering. De combinatie van deze drie factoren beïnvloeden volgens Burrowes en Needs (2009) de bereidheid tot verandering. In het BCM worden daarentegen tien barrières onderscheiden die een obstakel kunnen vormen voor de bereidheid van patiënten om hun gedrag te veranderen. Drie obstakels die onder andere genoemd worden, zijn 1) de patiënt heeft zelf tegenovergestelde doelen (bijvoorbeeld het behoud van status ten opzichte van vrienden) of vindt dat andere doelen volgens hem meer prioriteit hebben; 2) de patiënt ziet zelf niet in



waarom zijn delictgedrag problematisch is en ziet daarom ook niet in waarom hij dit gedrag zou moeten veranderen (en ook dus niet waarom hij zou meewerken aan een delictanalyse); en 3) Patiënt ziet zichzelf niet als verantwoordelijke als het gaat om het veranderen van zijn gedrag, omdat hij zichzelf bijvoorbeeld ziet als slachtoffer van zijn opvoeding. Alle variabelen in het RCF zijn dynamisch van aard waardoor zij bijvoorbeeld middels motivationele gesprekstechnieken kunnen worden veranderd. Er is nog geen onderzoek gedaan naar de validiteit van dit model.

3.3.3 Risicotaxatie

In de forensische psychiatrie is het gebruikelijk en veelal verplicht om risicotaxaties af te nemen. Voorbeelden van veel gebruikte risicotaxatie-instrumenten in de intramurale forensische psychiatrie zijn de HKT-R (Spreen, Brand, Ter Horst, & Bogaerts, 2013), de HCR-20 V3 (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013; De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013), de Static-STABLE-2007 (Smid, Koch, & Van den Berg, 2014; Van den Berg, Smid, & Koch, 2014) en de SVR-20 (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997). Om de beschermende factoren (voor een uitleg, zie volgende alinea) wordt veelal de SAPROF (De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2007, 2012) gebruikt. Risicotaxatie-instrumenten zijn gebaseerd op de principes van het RNR-model. Het risicoprincipe is van belang bij de keuze van de behandelsetting, de actuele veiligheid in de behandelsituatie en de mate van vrijheid die in het kader van verloop en resocialisatie kan worden toegestaan. Wanneer de criminogene factoren in kaart gebracht zijn, kunnen gerichte interventies worden ingezet om de kans op een delict te verminderen. Risicotaxatie-instrumenten zijn – uitgaande van de bestaande kennis – niet bedoeld om in het individuele geval een absolute uitspraak te doen over de kans op een recidive. De meeste instrumenten fungeren als een checklist, waarbij voor de weging en interpretatie ruimte wordt gelaten aan de behandelaar. Dit wordt ook wel het ‘structured professional judgment’ genoemd (De Vogel & De Ruiter, 2006). Ook bestaan er een aantal instrumenten die actuarieel van aard zijn. Dit zijn instrumenten waarin de weging van de risicofactoren een vast algoritme volgt; de uitkomst van het instrument bepaalt de indeling in de risicocategorie (De Ruiter, 2010). Hierin wordt de professionele mening dus nadrukkelijk niet meegewogen in het bepalen van risico.

Binnen de risicotaxatie-instrumenten wordt vaak een onderscheid gemaakt in statische en dynamische factoren. Statische risicofactoren zijn factoren die in de regel niet zijn te beïnvloeden. Dynamische factoren zijn doorgaans wel te veranderen door bijvoorbeeld behandeling. Belangrijke dynamische risicofactoren die uit verschillende onderzoeken naar voren komen zijn antisociaal of crimineel gedrag, omgang en identificatie met criminele vrienden, persoonlijke kenmerken als impulsiviteit, rusteloosheid, agressie, geringe probleemoplossende vermogens en een gering vermogen tot zelfregulatie. Behalve risicofactoren is het ook belangrijk om oog te hebben voor beschermende factoren. Een beschermende factor is een kenmerk van een persoon, zijn omgeving of situatie dat een reducerend effect



heeft op het risico van toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag. In feite bieden ze bescherming tegen risicofactoren. Recent onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat wanneer een patiënt over redelijk tot veel beschermende factoren beschikt, zijn kans om terug te vallen in gewelddadig gedrag vier keer kleiner is dan wanneer sprake is van weinig beschermende factoren. Voor de korte termijn is deze kans zelfs tien keer kleiner (De Vries Robbé & de Vogel, 2009; De Vries Robbé, De Vogel, & Douglas, 2013).

3.4. Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de meest voorkomende theorieën, therapeutische technieken en aanverwante onderwerpen (bijv. risicotaxatie) die de forensische zorg hebben beïnvloed nader onderzocht, met als doel om aangrijpingspunten te vinden voor het ontwikkelen van een interventie voor delictanalyse.

3.4.1 Aangrijpingspunten voor interventieontwikkeling

Dit onderzoek heeft geresulteerd in verschillende aangrijpingspunten voor de interventieontwikkeling. Allereerst bieden de op dit moment meest belangrijke modellen in de forensische zorg belangrijke kaders. Vanuit het RNR-model kan het risicoprincipe gevolgd worden: de delictanalyse wordt enkel als interventie gebruikt als er sprake is van een matig of hoog risico. Ook dient er rekening gehouden te worden met het responsiviteitsprincipe, bijvoorbeeld door de interventie aan te passen op verschillende soorten problematiek/gepleegd delict en door de interventie aan te passen aan de leerstijl van de patiënt. Daarnaast moet er expliciet aandacht zijn voor beschermende factoren, waarbij het Good Lives Model gevolgd kan worden.

Het bespreken van het delict is voor veel patiënten een grote stap. Een patiënt dient hier klaar voor te zijn (treatment ready) en dient in ieder geval enigszins gemotiveerd te zijn. Beide voorwaarden zijn door het vaak verplichte karakter van de forensische zorg niet vanzelfsprekend en zelfs mogelijk vaker de uitzondering. Om de patiënt zoveel mogelijk te betrekken en te laten meewerken aan een behandeling, zijn in de literatuur verschillende theorieën/modellen en therapeutische technieken beschreven. Deze literatuur kan als aangrijpingspunt dienen voor de interventieontwikkeling. Zo werd het BCM beschreven, waarin tien barrières onderscheiden worden die een patiënt tegen kan komen bij de start van een interventie. Door het in kaart brengen van de moeilijkheden die de patiënt ervaart om bijvoorbeeld over zijn delict te spreken, kan de delictanalist gericht interveniëren om de patiënt te helpen met het overwinnen van deze barrières. In de literatuur werd gevonden dat de methode van motivationele gespreksvoering door de delictanalist bij onderdelen van de delictanalyse kan worden ingezet om de 'treatment readiness' te vergroten. Ook het volgen van de principes van het shared decision making model zouden hierbij ondersteunend en richtinggevend kunnen zijn: het samen opstellen van de delictanalyse zal kunnen leiden tot meer betrokkenheid van de patiënt. Hoewel een delictanalist doorgaans zal beschikken over een (uitgebreid) dossier, is de patiënt degene die deze analyse verder aanvult met zijn ervaringen en ideeën. De delictanalist



en de patiënt, ieder gebruikmakend van hun eigen invalshoek en kennis, komen gezamenlijk tot één theorie die het delictgedrag verklaart.

In zowel het literatuuronderzoek als het praktijkonderzoek (hoofdstuk 1 en 2) is gevonden dat de delictanalyse in het kader diagnostiek wordt uitgevoerd, maar ook als behandeling aangeboden wordt. In het verdiepend onderzoek werd het TPO nader toegelicht. Het TPO biedt een raamwerk om vragen te identificeren, te exploreren en te beantwoorden. Het TPO is op deze manier breder dan de klassieke testdiagnostiek: het is interactieel van aard en kan daarom worden gezien als een benadering die zowel diagnostische- als behandel-elementen bevat. Uit de literatuur is verder bekend dat het TPO zorgt voor een betere therapeutische alliantie. In een meta-analyse van Horvath, Del Re, Flückiger en Symonds (2011) is gevonden dat de therapeutische alliantie een predictor is voor de behandeluitkomst van individuele psychotherapie. Aangezien de delictanalyse idealiter een interventie is die voorafgaand aan de behandeling plaatsvindt, kan de patiënt in het vervolgtraject mogelijk blijvend profiteren van de bijkomende effecten van de delictanalyse als deze in de vorm van het TPO wordt uitgevoerd. Op basis van deze bevindingen, wordt het TPO gezien als een goed uitgangspunt voor de delictanalyse-interventie.

De functie- en betekenisanalyse worden in de cognitieve gedragstherapie gebruikt om disfunctioneel gedrag te verklaren. Binnen de delictanalyse wordt eveneens gedrag geanalyseerd en verklaard. Om het totale delictgedrag te verklaren zullen vaak meerdere functie- en/of betekenisanalyses geformuleerd moeten worden. De delictanalyse onderscheidt zich van de functie- en betekenisanalyse doordat in de delictanalyse een verklaring wordt geformuleerd van het gehele delictgedrag en de daarmee samenhangende problematische gedragingen (die eveneens door middel van de functie- en betekenisanalyse in beeld gebracht kunnen worden). Deze verklaring, de theorie over het ontstaan van het delict, kan gezien worden als een samenvatting van alle functie- en/of betekenisanalyses met daarbij inbegrepen de overige informatie vergaard uit de andere fases. De delicttheorie heeft daarom grote gelijkenissen met de casusconceptualisatie.

Hoewel de modellen zich duidelijk op verschillende aspecten van de interventie richten, bieden de beschreven modellen in dit hoofdstuk allen aangrijpingspunten voor de interventieontwikkeling. Het RNR-model, het GLM, de risicotaxatie en het terugvalpreventiemodel bieden allen een raamwerk voor de delictanalyse: het maakt duidelijk voor wie de delictanalyse bestemd is en waar de delictanalyse zich op moet richten. De casusconceptualisatie, de functie- en betekenisanalyses en het TPO bieden aangrijpingspunten voor de wijze waarop inzicht verworven kan worden in de delictproblematiek. Tot slot bieden de motivationele gespreksvoering, het BCM, het SDM, informatie over treatment readiness en responsiviteit handvatten voor de wijze waarop de samenwerking met de patiënt vormgegeven zou kunnen worden om de patiënt optimaal te betrekken bij de interventie.



3.5. Literatuur

- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R., & Blagys, M. D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82–109.
- Adams, J.R., Drake, R.E., & Wolford, G.L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric services*, 58, 1219-1221.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010a). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39-55.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010b). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis.
- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S. (2015). Taking the Good Life to the Institution Forensic Service Users' Perceptions of the Good Lives Model. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 1-21.
- Berg, J. W. van den, Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. (Vertaling van Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2012.) Utrecht, Nederland: De Forensische Zorgspecialisten.
- Berman, A. H., Forsberg, L., Durbeej, N., Källmén, H., & Hermansson, U. (2010). Single-session Motivational Interviewing for drug detoxification inpatients: Effects on self-efficacy, stages of change and substance use. *Substance Use & Misuse*, 45, 384-402.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 52-69.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, British Columbia: Institute Against Family Violence.
- Burrowes, N., & Needs, A. (2009). Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 39-49.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Nich, C., Martino, S. Frankforter, T.L., Farentinos, C., et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: a multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301–312.
- Chambers, J. C., Ward, T., Eccleston, L., & Brown, M. (2009). The Pathways Model of Assault A Qualitative Analysis of the Assault Offender and Offense. *Journal of interpersonal violence*, 24, 1423-1449.
- Daffern, M., Jones, L., Howells, K., Shine, J., Mikton, C., & Tunbridge, V. (2007). Refining the definition of offence paralleling behaviour. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 265-273.
- Day, A., Howells, K., Casey, S., Ward, T., Chambers, J. C., & Birgden, A. (2009). Assessing treatment readiness in violent offenders. *Journal of interpersonal violence*, 24, 618-635.
- Dodge, K., & Pettit, G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.



- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D. A. (2003). The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 47, 516-528.
- Easton, C., Swan, S., & Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 1-5.
- Eells, T.D., & Lombart, L.G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. In P. Sturmey, & M. McMurrin (Eds.). *Forensic case formulation*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*, 27, 1361-1367.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice based outcome of dialectical behavioral therapy (DBT) targeting anger and violence with male forensic patients: a pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behavior and Mental Health*, 13, 198-213.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014). *Basis zorgprogramma*. Geraadpleegd op http://www.efp.nl/web/images/uploads/publicaties/BasisZP_versie_2.0_def.pdf
- Finn, S. E., & Tonsager, M. E. (1997). Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment: Complementary Paradigms. *Psychological Assessment*, 9, 374-385.
- Finn, S. E. & Tonsager, M. E. (2002). How therapeutic assessment became humanistic. *The Humanistic Psychologist*, 30, 10-22.
- Godolphin, W. (2009). Shared decision-making. *Healthcare Quarterly*, 12, 186-190.
- Hart, S., Sturmey, P., Logan, C., & McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 118-126.
- Haman, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 403-409.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Hudson, S. M., Ward, T., & McCormack, J. C. (1999). Offense pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 779-798.
- Hulstijn, E.M., Rombouts, R.P., & Haas, de, O.P. (1997). Het 4-factorenmodel in de Van Mesdagkliniek. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 735-750.
- Iwata, B. A., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. E., & Richman, G. S. (1994). Toward a functional analysis of self-injury. *Journal of applied behavior analysis*, 27, 197.
- Jacobson, N. S., Schmaling, K. B., Holtzworth-Munroe, A., Katt, J. L., Wood, L. F., & Follette, V. M. (1989). Research-structured vs clinically flexible versions of social learning-based marital therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 173-180
- Johansson, R., Sjöberg, E., Sjögren, M., Johnsson, E., Carlbring, P., Andersson, T., Rousseau, A., & Andersson, G. (2012). Tailored vs. standardized internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 7, 1-9.



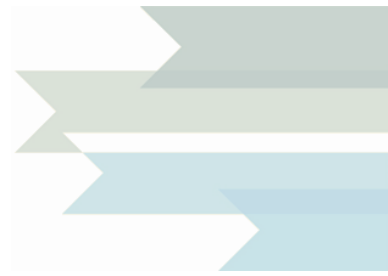
- Johnstone, L., Whomsley, S., Cole, S., & Oliver, N. (2011) *Good Practice Guidelines on the Use of Psychological Formulation*. Leicester: British Psychological Society. In Davies, J., Black, S., Bentley, N., & Nagi, C. (2013). Forensic case formulation: Theoretical, ethical and practical issues. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23, 304-314.
- Jones, L. (2004). Offence paralleling behavior (OPB) as a framework for assessment and intervention with offenders. In: A. Needs & G. Towels (Eds.), *Applying psychology to forensic practice*. (pp. 34–63) Malder, MA: Blackwell.
- Jones, R. (2010). History of the offence paralleling behavior construct and related concepts. In: M. Daffern, L. Jones & J. Shine (Eds.), *Offence paralleling behavior: A case formulation to offender assessment and intervention* (pp. 3–24). Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Kuyken, W. Evidence-based case formulation. Is the emperor clothed? (2006). In N. Tarrrier (Red.). *Case formulation in cognitive behaviour therapy. The treatment of challenging and complex cases* (pp. 12-35). East Sussex, Engeland: Routledge.
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2014). Natuurlijk kan cognitieve gedragstherapie worden toegepast bij existentiële problemen. *Gedragstherapie*, 47, 73-78.
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2008). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum, Nederland: Coutinho.
- Lam, 't, K., Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (Vertaling van Webster, C.D., Martin, M.-L., Brink, J. H., Nicholls, T. L., & Middleton, C. (2004). *Short-Term Assessment Risk and Treatability (START)*. Coquitlam, Canada: Forensic Psychiatric Services Commission.) Assen, Nederland: GGZ Drenthe.
- Laws, D. R. (1999). Relapse Prevention: The State of the Art. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 285-302.
- Lincourt, P., Kuettel, T.J., & Bombardier, C.H. (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: a pilot study. *Addictive Behaviors*, 27, 381–391.
- Mann, R. E., Webster, S. D., Schofield, C., & Marshall, W. L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse Prevention with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 65-75.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford. In: Hudson, S. M., Ward, T., & McCormack, J. C. (1999). Offense pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 779-798.
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: a systematic review. *Legal and Criminological psychology*, 14, 83–100.
- McMurrin, M., & Ward, T. (2010). Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 75-85.
- Miles, H., Duthiel, L., Welsby, I., & Haider, D. (2007). 'Just say no': A preliminary evaluation of a three-stage model of integrated treatment for substance use problems in conditions of medium security. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 18, 141–159.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (Eds.) (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York, NY: Guilford Press.
- Mossière, A., & Serin, R. (2014). A critique of models and measures of treatment readiness in offenders. *Aggression and violent behavior*, 19, 383-389.



- Needleman, L. D. (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners*. New York, NY: Routledge.
- Nelson-Gray, R. O. (2003). Treatment utility of psychological assessment. *Psychological Assessment*, 15, 521-531.
- Netto, N. R., Carter, J. M., & Bonell, C. (2014). A Systematic Review of Interventions That Adopt the “Good Lives” Approach to Offender Rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53, 403-432.
- Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6–21.
- Os, van, J. (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden, Nederland: Diagnosis Uitgevers.
- Persons, J.B. (2006). Case formulation-driven psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 167–170.
- Persons, J.B. & Hong, J.J. (2015). Case formulation and the outcome of cognitive behavior therapy. In N. Tarrar & J. Johnson (Eds.). *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: The Treatment of Challenging and Complex Cases* (pp. 14-37). East Sussex, Engeland: Routledge.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. In: W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.). *Handbook of sexual assault* (pp. 343-361). Springer US.
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment*, 214-239.
- Polaschek, D. L., Hudson, S. M., Ward, T., & Siegert, R. J. (2001). Rapists' offense processes a preliminary descriptive model. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 523-544.
- Pomp, E. (2009). *Het good lives model. Een literatuurstudie*. Geraadpleegd op: http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/EFP_Good_Lives_Model_Literatuurstudie_o.pdf
- Proulx, J. (2014). Pithers' Relapse Prevention Model. In J. Proulx, E. Beauregard, P. Lussier, & B. Leclerc (Eds.). *Pathways to Sexual Aggression* (pp. 9-25). New York, NY: Routledge.
- Ruiter, de, C. (2010) Risicotaxatie van gewelddadig gedrag: empirie en praktijk. In P.J. van Koppen, H. Merckelbach, M. Jelicic, & J. de Keijser (red.), *Reizen met mijn rechter*, pp. 121-134. Deventer, Nederland: Kluwer.
- Royal College of Psychiatrists (2010). *A Competency-based curriculum for specialist care training in psychiatry*. Geraadpleegd op: www.rcpsych.ac.uk/training/curriculum2010.aspx
- Sacco, W.P., & Beck, A.T. (1995). Cognitive Theory and Therapy. In: L.D. Needleman (1999). *Cognitive case conceptualization: A guidebook for practitioners* (pp 2-12). New York, NY: Routledge.
- Saeger, de, H., & Kamphuis, J.H. (2011). Therapeutisch psychologisch onderzoek bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen: uitdagingen en kansen. *GZ-Psychologie*, 8, 22-28.
- Saeger, de, H., Kamphuis, J. H., Finn, S. E., Smith, J. D., Verheul, R., van Busschbach, J. J., Feenstra, D.J., & Horn, E. K. (2014). Therapeutic assessment promotes treatment readiness but does not affect symptom change in patients with personality disorders: Findings from a randomized clinical trial. *Psychological assessment*, 26, 474-483.
- Simons, D.A., McCullar, B., & Tyler, C. (2006, September). *Evaluation of the good lives model approach to treatment planning*. Presented at the 25th Annual Association for the Treatment of Sexual Abusers Research and Treatment Conference, Chicago, IL. In: Netto, N. R., Carter, J. M., & Bonell, C. (2014). A



- systematic Review of Interventions That Adopt the “Good Lives” Approach to Offender Rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53, 403-432.
- Smid, W., Koch, M., & Berg, van, den, J.W. (2014). *Static-99R scorehandleiding*. (Vertaling van Harris, A., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. *Static-99R Coding Manual: Revised 2003*. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2003.) Utrecht, Nederland: De Forensische Zorgspecialisten.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding en methodische verantwoording*. HKT-R. *Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie*. Geraadpleegd op http://www.forensischezorg.nl/files/hkt-r_handleiding_en_methodologische_verantwoording.pdf
- Tyler, N., Gannon, T.A., Lockerbie, L., King, T., Dickens, G.L., & De Burca, C. (2014). A firesetting offense chain for mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 41, 512-530.
- Vries Robbé, de, M., & de Vogel, V. (2009). Assessing protective factors for violence risk. *American Psychology-Law Society News*, 29, 11-12.
- Vries Robbé, de, M., de Vogel, V., & Douglas, K.S. (2013). Risk factors and protective factors: A two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24, 440-457.
- Vogel, de, V., & Ruiters, de, C. (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12, 321-336.
- Vogel, de, V., Vries Robbé, de, M., Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & Ruiters, de, C. (2013). *HCR-20V3 Historical, Clinical, Risk Management (Versie 3): Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van geweld*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Wallace, J.E., & Newman, J.R. (2004). A Theory-based treatment model for psychopathy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 178-189.
- Ward, T., Bickley, J., Webster, S. D., Fisher, D., Beech, A., & Eldridge, H. (2004). *The self-regulation model of the offence and relapse process: A manual: Vol. 1. Assessment*. Victoria, BC: Pacific Psychological Assessment Corporation.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and violent behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673.
- Ward, T., & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.
- Wilson, R.J., & Yates, P.M. (2009). Effective interventions and the Good Lives Model: Maximizing treatment gains for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 157-161.



Hoofdstuk 4: Ontwikkeling van de richtlijn voor delictanalyse

Uit het literatuur- en praktijkonderzoek is onder andere duidelijk geworden dat ondanks het wijdverspreide gebruik van de delictanalyse, er geen wetenschappelijke studies zijn verricht naar evidentie van de interventie, geen werkwijzen beschreven zijn in de wetenschappelijke literatuur voor afname van delictanalyse en dat er in de praktijk een grote variëteit bestaat in de invulling van delictanalyse. Uit deze informatie zijn twee belangrijke uitgangsvragen naar voren gekomen: 1) *hoe kan houvast bij het opstellen van een delictanalyse worden geboden aan professionals die in de forensisch psychiatrische zorg werkzaam zijn?* en 2) *welke invulling kan gegeven worden aan een delictanalyse waarbij zoveel mogelijk aangetoonde effectieve methoden en psychologische technieken worden geïnccludeerd?* Aan de hand van deze uitgangsvragen is een richtlijn voor delictanalyse ontwikkeld. In het huidige hoofdstuk wordt de ontwikkeling van deze richtlijn beschreven. Na beantwoording van de uitgangsvragen zal de gevolgde richtlijn voor richtlijnen van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012) en de afwijkingen hiervan worden toegelicht. Vervolgens wordt het gehele proces van richtlijnontwikkeling op chronologische wijze beschreven, onderverdeeld in de methode en resultaten.

4.1. Beantwoording uitgangsvragen

Uit het praktijkonderzoek is duidelijk geworden dat professionals op zoek zijn naar een gevalideerde delictanalyse. Tevens is aangegeven dat zij graag enige houvast wensen te hebben bij het uitvoeren van een delictanalyse, maar dat zij tegelijkertijd de ruimte willen hebben om de interventie aan te passen aan de patiënt. Meermalen is opgemerkt dat door de complexe problematiek een vaststaand protocol niet haalbaar en daardoor niet wenselijk is. Op basis van deze gegevens is besloten om een richtlijn te ontwikkelen waarin de interventie wordt vormgegeven. Tevens biedt de richtlijn de optie om in de toekomst onderzocht te worden op betrouwbaarheid en validiteit.

Het antwoord op de tweede uitgangsvraag (betreffende de invulling van de richtlijn) wordt gegeven in het huidige hoofdstuk. Hierin wordt beschreven hoe de inhoud van de richtlijn tot stand is gekomen.

4.2. Regieraad Kwaliteit van Zorg

Om een richtlijn op te stellen, werd in de eerste plaats de richtlijn van de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012, vanaf nu: de Regieraad) geraadpleegd. Deze richtlijn voor de zorg, die in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is opgesteld, biedt een richtlijn voor het opstellen van richtlijnen. In dit stuk wordt richtlijn gedefinieerd als “(...) een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en



ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers” (Regieraad, 2012, p. 5). Ook vermeldt de Regieraad (2012, p. 6): “een richtlijn is geen doel, maar een middel om aan te geven welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht moeten worden opdat de juiste zorg zo goed mogelijk wordt geleverd”. Bij de ontwikkeling van de richtlijn voor delictanalyse zijn zowel de definitie als de fasering van Regieraad (2012) aangehouden.

In het rapport van de Regieraad (2012) worden drie fases onderscheiden die gezamenlijk twintig criteria bevatten. In tabel 4 wordt hiervan een overzicht geboden. Voor de ontwikkeling van de huidige richtlijn zijn deze fases zoveel mogelijk gevolgd. In een aantal gevallen werd echter afgeweken van het voorgestelde tijdsplan. De gemaakte afwijkingen en toelichting hierop worden beschreven in de volgende paragraaf.

Tabel 4 . Overzicht van de criteria per fase, zoals opgesteld door de Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012)

Vorbereidingsfase

1. Het onderwerp, het doel en de doelgroep van een richtlijn worden gekozen
2. De initiatiefnemer van de richtlijn identificeert de primair betrokken beroepsorganisaties en patiënten/cliëntenorganisaties
3. De primair betrokken organisaties kiezen de voorzitter en zijn verantwoordelijk voor het functioneren van de voorzitter
4. De primair betrokken organisaties formeren de werkgroep en stellen de werkwijze vast
5. Bij alle fasen van richtlijnontwikkeling zijn inhoudsdeskundigen en methodologische experts betrokken
6. Het patiënten/cliëntenperspectief maakt onderdeel uit van de richtlijn
7. De invloed van belangenverstrengeling wordt zoveel mogelijk beperkt

Ontwikkelfase

8. De richtlijnontwikkeling start met een knelpuntenanalyse
9. Op grond van de knelpuntenanalyse worden specifieke uitgangsvragen opgesteld
10. De literatuur wordt systematisch samengevat en transparant gepresenteerd door een methodoloog en een inhoudsdeskundige
11. De gebruikte methoden om de aanbevelingen op te stellen zijn transparant gepresenteerd
12. De aanbevelingen zijn specifiek geformuleerd
13. Een richtlijn besteedt aandacht aan doelmatigheid
14. Een richtlijn besteedt aandacht aan kennislacunes
15. Een richtlijntekst kent vaste onderdelen
16. Er worden producten opgeleverd die de toepassing van de richtlijn bevorderen

Afrondingsfase

17. Voor publicatie van de richtlijn worden experts en toekomstige gebruikers van de richtlijn geraadpleegd
18. De richtlijn wordt geaccordeerd door ten minste alle primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisatie(s)
19. Een procedure voor herziening van de richtlijn is vermeld
20. De primair betrokken organisaties zetten zich tijdens alle fasen van richtlijnontwikkeling actief in voor toepassing van de richtlijn in de praktijk



4.3. Afwijkingen van de Regieraad

Gezien de vraagstellingen in de call, is het project gestart met het verrichten van een literatuur- en praktijkonderzoek. De uitkomsten hiervan zijn terug te vinden in de voorgaande hoofdstukken. Deze onderzoeken gaven onder andere inzicht in de lacunes wat betreft de kennis over delictanalyse. Duidelijk werd welke informatie gemist werd en welke handvatten de praktijk nodig had. De resultaten die voortkwamen uit deze onderzoeken, vormden de aanleiding om een richtlijn te ontwikkelen. Het doorgemaakte proces tot het beslissen van een richtlijn, wijkt hierdoor op sommige punten af van de richtlijn van de Regieraad (2012). De criteria van de richtlijn konden echter in sterke mate gevolgd worden, zij het in een andere volgorde (zie tabel 5).

In de eerste plaats werd op een andere wijze vorm gegeven aan de voorbereidingsfase. Criteria twee tot en met vier werden hierbij niet uitgevoerd aangezien deze criteria betrekking hebben op het samenstellen van een projectgroep. Deze projectgroep was bij toewijzing van de call al gevormd. Inhoudelijk heeft dit geen gevolgen gehad: er is een werkgroep gevormd die de richtlijn heeft ontwikkeld, waarbij eveneens een voorzitter was en een onafhankelijke partij (EFP/KFZ) toezicht hield. Aan criterium vier is actief bijgedragen door verschillende partijen (instellingen) te betrekken bij het vergaren van kennis over de delictanalyse en het verzamelen van feedback voor invulling van de richtlijn. Dit laatste punt werd in de ontwikkelfase uitgevoerd en zal in de volgende paragrafen worden toegelicht. Voor criterium één konden het doel en de doelgroep bepaald worden aan de hand van de resultaten uit het praktijkonderzoek. De overige criteria in de voorbereidingsfase werden gevolgd, maar kwamen tot uiting in latere fases.

In de ontwikkelfase zijn eveneens aanpassingen gemaakt. Allereerst waren criterium acht en tien reeds volbracht in de eerdere fases van het project; de richtlijn werd immers naar aanleiding van het literatuur- en praktijkonderzoek geschreven. Daarnaast kon niet aan criterium dertien (doelmatigheid) voldaan worden zoals voorgeschreven staat door de Regieraad (2012). Hierin wordt aangegeven dat inzicht moet worden geboden in de financiële consequenties van gebruik van de richtlijn. De richtlijn kan moeilijk worden vergeleken met de reeds bestaande werkwijzen voor delictanalyse, aangezien de werkwijzen een te grote variëteit kennen. Onder criterium vijftien valt onder andere dat de richtlijn gebaseerd is op wetenschappelijk bewijs, wat expliciet aangegeven dient te worden. Gezien de nauwelijks voorhanden zijnde wetenschappelijke literatuur was dit niet geheel mogelijk. De projectgroep heeft keuzes moeten maken en geprobeerd deze zoveel mogelijk te baseren op kennis uit het verdiepend literatuuronderzoek, waarbinnen kennis vergaard werd over theorieën, methodieken, technieken en aanverwante onderwerpen. De gemaakte keuzes werden later getoetst bij verschillende experts en waar nodig aangepast. De richtlijn heeft zich hierdoor in grote mate moeten laten leiden door de praktijk. Meer toelichting hierover is te vinden in de volgende paragrafen.



Tabel 5 . Overzicht van de gevolgde stappen, gesorteerd per fase.

Vorbereidingsfase

- Literatuuronderzoek (criteria 8, 9, 10)
 - Praktijkonderzoek (criteria 8, 9)
 - Inlezen richtlijnontwikkeling
 - Doel en doelgroep vaststellen (criterium 1)
- } **Aanleiding**

Ontwikkelfase

- Verdiepend literatuuronderzoek (criterium 10)
- Versturen nieuwsbrieven (criterium 20)
- Schrijven richtlijn (criteria 11, 12, 14, 15, 19)
- Expertmeetings (criteria 5,20)
- Festival Forensische Zorg (criteria 17, 20)
- Commentaarrronde (criteria 5, 17, 20)
- Patiëntinterviews (criterium 6)
- Pilotstudie (criteria 17,20)

Afrondingsfase

- Ontwikkeling format (criterium 16)
- Evaluatie implementatiekansen (criterium 20)

In de afrondingsfase zijn enkele kleine aanpassingen nodig gebleken. Om aan criterium zeventien te kunnen voldoen, is de commentaarrronde uitgevoerd binnen een bestek van drie weken in plaats van de voorgestelde drie maanden. Er kon niet aan een termijn van drie maanden voldaan worden aangezien de looptijd van het project relatief kort was (in totaal zeventien maanden). Ter vergelijking: voor enkel de ontwikkelfase worden volgens de Kennisbank Richtlijnontwikkeling (2013) normaliter twaalf tot 24 maanden ingepland, waarbij het totale project zeventien tot 36 maanden duurt. Tot slot is niet voldaan aan criterium achttien; de richtlijn is niet geaccordeerd door ten minste alle primaire beroepsgroepen en patiëntenorganisaties. De richtlijn zal worden uitgebracht door KFZ en zal op deze wijze worden verspreid over het veld. Het betreft een document dat geraadpleegd kan worden en indien gewenst gevolgd kan worden. Het is duidelijk geen verplichting voor het forensische veld om te werken met de richtlijn en derhalve is het niet nodig om geaccordeerd te worden door alle instellingen die forensische psychiatrische zorg verlenen. Gezien de voordelen die de richtlijn kan bieden, wordt wel aangeraden om de richtlijn te gebruiken.

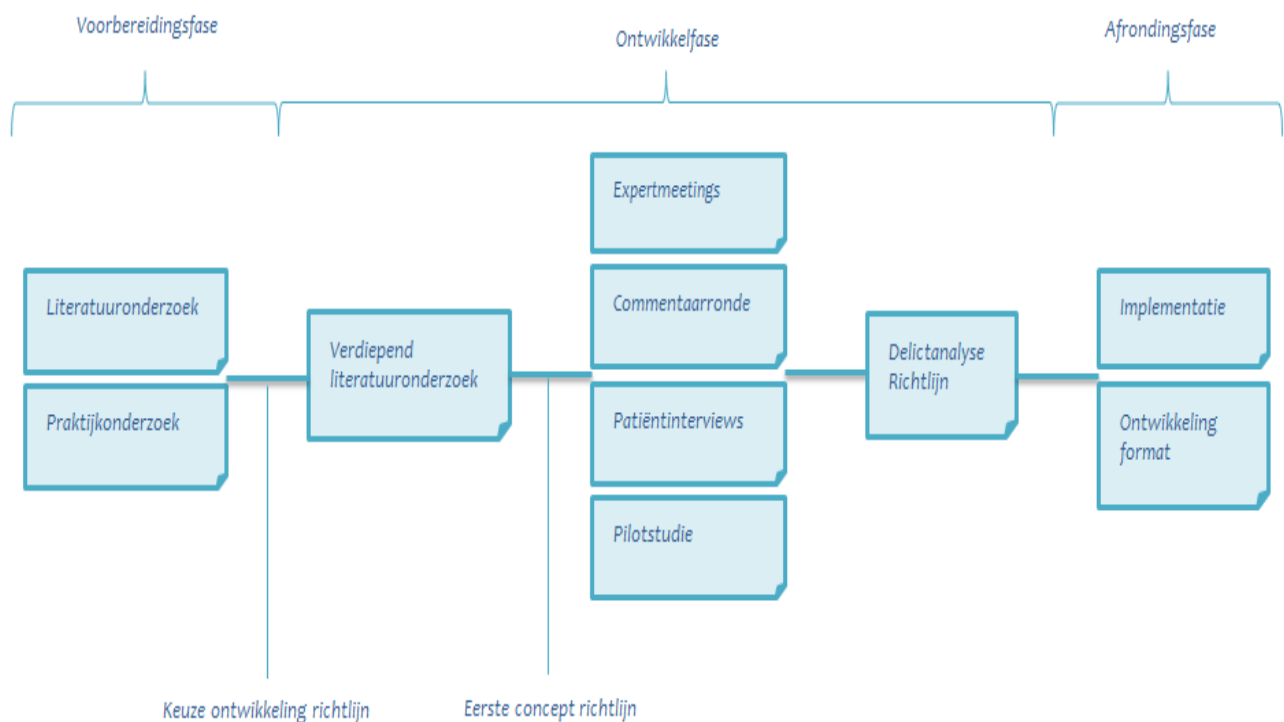
4.4. Procesbeschrijving

In deze paragraaf wordt het precieze proces van de ontwikkeling van de richtlijn toegelicht. De paragraaf is onderverdeeld in twee delen: de methode en de resultaten.



4.4.1 Methode

De methode van onderzoek wordt in deze subparagraaf nader toegelicht. Voor de rapportage van de methodiek is de fasering van de Regieraad (2012) gevolgd. Per fase worden de genomen stappen beschreven. Voor een schematisch overzicht van de ontwikkeling van de richtlijn, wordt verwezen naar figuur 1.



Figuur 1. Schematische weergave van de ontwikkeling van de richtlijn voor delictanalyse.

Vorbereidingsfase

Zodra duidelijk werd dat er een richtlijn voor delictanalyse zou worden geschreven, is informatie ingewonnen over het schrijven van een richtlijn. De richtlijn voor richtlijnen van de Regieraad (2012) werd hiervoor als uitgangspunt genomen. Aan de hand van de criteria kon een planning worden gemaakt voor de verdere ontwikkeling. Voor het vaststellen van het doel en de doelgroep van de richtlijn werden het literatuur- en praktijkonderzoek (hoofdstuk 1 en 2) gebruikt. De keuzes die gemaakt zijn worden toegelicht in paragraaf 4.3.



Ontwikkelfase

❖ Verdiepend literatuuronderzoek

Zowel de methode als de resultaten van het verdiepend literatuuronderzoek zijn weergegeven in hoofdstuk 3 en behoeven geen verdere toelichting.

❖ Versturen nieuwsbrieven

Gedurende de ontwikkelfase zijn driemaal nieuwsbrieven gestuurd naar het LB HIV, leden van het poliplatform, KFZ, kernfunctionarissen die deelgenomen hebben aan de interviews, de experts van de expertmeetings en personen die zich op het Festival Forensische Zorg hebben aangemeld (deze laatste groep heeft door de latere aanmelding één nieuwsbrief ontvangen). Met behulp van de nieuwsbrieven werd het veld op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen van het project. Tevens werd gehoopt dat het veld op deze wijze betrokken bleef bij het project en dat draagvlak voor de richtlijn gecreëerd (of behouden) werd.

❖ Expertmeetings

In totaal zijn twee expertmeetings georganiseerd. De eerste expertmeeting was gericht op de eerste toetsing van de richtlijn aan de praktijk en vond plaats in november 2014. In totaal waren zeventien experts aanwezig vanuit zeven FPC's, vier FPK's, drie FPA's en drie FPP's. De tweede expertmeeting vond plaats in december 2014 en was naast een tweede toetsing van de richtlijn aan de praktijk, hoofdzakelijk gericht op het formuleren van aanbevelingen voor specifieke patiëntgroepen. De doelgroepen die geïdentificeerd waren, zijn patiënten met een licht verstandelijke beperking, patiënten met een autismespectrum stoornis, patiënten met een psychotische stoornis of met een stoornis in het gebruik van middelen. In de tweede expertmeeting waren twaalf experts aanwezig, die vijf FPC's, twee FPK's, drie FPA's en twee FPP's vertegenwoordigden. Helaas meldden twee personen voor de groep 'stoornis in het gebruik van middelen' zich af, waardoor slechts één persoon deze groep vertegenwoordigde. Later is een individueel interview afgenomen met een andere expert op dit gebied om mogelijke bias te ondervangen. In totaal hebben twaalf experts deelgenomen aan de tweede expertmeeting. De experts die deelgenomen hebben aan de bijeenkomsten, waren allen ofwel in het eerdere praktijkonderzoek geïnterviewd of waren in de interviews door anderen aangemerkt als zijnde expert. Voorafgaand aan beide bijeenkomsten werd de richtlijn opgestuurd, zodat alle experts de mogelijkheid hadden om het document door te nemen en voorbereid naar de meeting te komen.

Beide expertmeetings kenden een soortgelijke opbouw. Aan het begin van de bijeenkomst werd



plenair een aantal presentaties gegeven door leden van de projectgroep waarin de tot dan toe gevonden resultaten werden gepresenteerd. Ook (de eerste versie van) de richtlijn werd gepresenteerd. Na de plenaire presentaties werden subgroepen gevormd (in de volgende alinea volgt hierover meer informatie). In deze subgroepen werd op verschillende wijzen feedback gevraagd. Tot slot werd de dag plenair afgesloten.

De expertmeetings weken van elkaar af in de wijze waarop invulling gegeven werd aan de subgroepen. Tijdens de eerste expertmeeting werd de groep in tweeën gesplitst, waarna over het doel van de delictanalyse werd gediscussieerd. Hierna werd aan de hand van een aantal vooraf opgestelde vragen de inhoud van de richtlijn besproken. Iedere deelnemer had de mogelijkheid om zijn/haar visie op de fases te geven. Bij de tweede expertmeeting werd de groep in vier subgroepen verdeeld op basis van de expertise van de functionaris. Per patiëntpopulatie werden de belangrijkste factoren op het gebied van responsiviteit besproken. Vervolgens werd aan de hand van een aantal vooraf opgestelde vragen per fase besproken of en welke aanpassingen nodig waren voor een patiënt met de betreffende stoornis.

❖ Festival Forensische Zorg

Vanuit KFZ werd gevraagd om het project te presenteren op het Festival Forensische Zorg. Middels een zogenaamde TED-talk (een kortdurende inspirerende speech) werd de ontwikkeling van de richtlijn, alsook de richtlijn zelf gepresenteerd aan het publiek. Het doel van deelname was onder andere om draagvlak voor de richtlijn te creëren bij het forensische werkveld. Na afloop van de presentatie gaven zeven personen aan te willen deelnemen aan de commentaarronde.

Naast de TED-talk werd een presentatie gehouden over de patiëntparticipatie binnen de richtlijn. Het primaire doel van deze presentatie was om gezamenlijk met verschillende professionals uit het veld ideeën te ontwikkelen om de patiëntparticipatie te verhogen. De ideeën werden door twee leden van de projectgroep en een meegereisde patiënt beoordeeld. Het secundaire doel van de presentatie was het onder de aandacht brengen van de richtlijn in het veld om draagvlak te creëren.

❖ Commentaarronde

Voor een voorlopig laatste praktijkconsultatie werd een commentaarronde opgezet. Doelen van deze commentaarronde waren om de eerder geconsulteerde professionals zicht te geven op hoe hun commentaar verwerkt was, extra inzichten te verwerven en door het actief betrekken van het veld het draagvlak voor de richtlijn te vergroten. Alle experts die deelgenomen hebben aan een van de expertmeetings zijn uitgenodigd voor de commentaarronde, als mede professionals die gesproken zijn in het kader van het praktijkonderzoek en degenen die hebben aangegeven bij het Festival Forensische Zorg



dat zij wilden deelnemen aan de commentaarronde. In totaal zijn 58 professionals direct benaderd; de experts stond het echter vrij om de richtlijn verder te verspreiden. In totaal hebben dertien professionals (22,4 procent) feedback verstuurd. In een van de teruggestuurde documenten was feedback verzamelend van meerdere professionals binnen de organisatie. De feedback was afkomstig van twaalf verschillende instellingen (vier FPC's, vijf FPA's, twee FPK's en één FPP). Alle feedback werd gelezen en waar relevant geacht in de richtlijn verwerkt.

❖ *Patiëntinterviews*

Om de visie van de patiënt te betrekken bij de ontwikkeling van de richtlijn voor delictanalyse, is een focusgroep gehouden binnen een FPC. De focusgroep had als onderwerp 'patiëntparticipatie'. Doel van de focusgroep was het identificeren van werkwijzen die vanuit het patiëntperspectief behulpzaam zijn tijdens een interventie die plaatsvindt aan de start van behandeling om de samenwerking tussen behandelaar en patiënt te vergroten. In totaal hebben zes patiënten deelgenomen aan de focusgroep. Patiënten waren allen afkomstig hetzelfde FPC en bevonden zich in een van de laatste fases van de behandeling. Deelname vond plaats op vrijwillige basis. De patiënten kregen een uitleg over de studie en het doel van de bijeenkomst. Hierna werd op ongestructureerde wijze de focusgroep vormgegeven.

❖ *Pilotstudie*

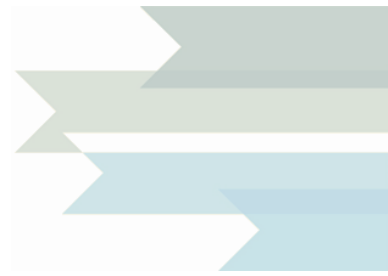
Middels een pilotstudie is de richtlijn getoetst aan de praktijk. De methode en resultaten van deze studie en de aanpassingen aan de richtlijn die gedaan zijn naar aanleiding van de pilotstudie, worden beschreven in paragraaf 4.5.

Afrondingsfase

In de afrondingsfase is voornamelijk aandacht besteed aan de toepasbaarheid van de richtlijn in de praktijk. Een format werd ontwikkeld en de kansen voor implementatie werden geanalyseerd.

❖ *Ontwikkeling rapportageformat*

In zowel het praktijkonderzoek, de expertmeetings, als de commentaarronde werd de wens uitgesproken om een rapportageformat te hanteren bij de richtlijn. Dit zou niet enkel de overdraagbaarheid van informatie ten goede komen, maar ook de toepassing in de praktijk bevorderen. Nadat de feedback van de commentaarronde verwerkt was, werd een format samengesteld. Om het format te ontwikkelen is eerst een opsomming gemaakt van punten die volgens de richtlijn in het format terug dienen te komen. Nadat deze opsomming afgerond was, is de verzamelde documentatie in het praktijkonderzoek geraadpleegd.



Verschillende rapportageformats werden vergeleken. Beschrijvingen die relevant waren voor de richtlijn vormden de basis voor de verdere ontwikkeling van het format. Het rapportageformat is aan de deelnemers van de pilotstudie voorgelegd voor feedback en op grond hiervan aangepast (zie bijlage 3).

❖ Implementatiekansen

De kansen voor implementatie van de richtlijn werden geanalyseerd en beschreven in hoofdstuk 6 'Implementatie'.

4.4.2 Resultaten

Door het gebrek aan wetenschappelijke literatuur waren de resultaten uit het praktijkonderzoek en de consultatie van de praktijk extra van belang bij de ontwikkeling van de richtlijn voor delictanalyse. De aanbevelingen die gedaan zijn in het praktijkonderzoek, zijn zoveel mogelijk gevolgd bij het schrijven van de richtlijn. Hiernaast bood het (verdiepend) literatuuronderzoek invulling aan de richtlijn om zoveel mogelijk evidence based elementen op te nemen. In deze paragraaf worden de overwegingen en keuzes die gedurende de richtlijnontwikkeling zijn gemaakt, toegelicht.

Zoals aangegeven, is uit het praktijkonderzoek duidelijk geworden wat in de forensische zorg wordt aangemerkt als doel van de delictanalyse, alsook voor wie de interventie bedoeld is. Ondanks dat de interventies grote verschillen vertonen, kennen de genoemde doelen en de doelgroep over het algemeen veel overeenkomsten. Op basis van deze resultaten konden het doel en de doelgroep van de richtlijn delictanalyse worden bepaald. Zowel het doel en de doelgroep zijn getoetst aan het veld middels de expertmeetings en de commentaarronde.

Zoals te lezen is in hoofdstuk 2, wordt in veel instellingen zowel een delictanalyse gedaan als een (vorm van) delictscenario. Er is gekozen om aan te sluiten bij de gehanteerde begrippen in de praktijk en beide begrippen op te nemen in de richtlijn. Een derde begrip dat vaak genoemd werd, was de delictketen(methode). Dit begrip is echter niet opgenomen in de delictanalyse, omdat de delictketen vaker in verband werd gebracht met een behandelmodule. De richtlijn zoals deze voor ogen werd gehouden bij de ontwikkeling ervan, was meer diagnostisch van aard waardoor de delictketen een minder gepaste keuze was.

De diagnostische aard van de richtlijn verdient hier verdere toelichting. In het praktijkonderzoek werden zowel delictanalyses gevonden die een behandelintentie hadden, als delictanalyses die gericht waren op diagnostiek. Vanuit de literatuur werd duidelijk dat er een meer interactionele vorm van diagnostiek bestaat. Deze vorm wordt het Therapeutic Assessment Model (in het Nederlands: Therapeutisch Psychologisch Onderzoek; TPO) genoemd en is ontwikkeld door Finn en Tonsager (2002). Vanuit de literatuur is bekend dat het TPO vergeleken met gangbaar diagnostisch onderzoek een grotere betrokkenheid van de patiënt bij zijn behandeling te weeg brengt en zorgt voor een sterke therapeutische



alliantie met degene die het TPO afneemt als ook met de therapeut die latere behandeling geeft (Ackerman, Hilsenroth, Baity, & Blagys, 2000; Hilsenroth, Peters, & Ackerman, 2004; De Saeger, Kamphuis, Finn, Smith, Verheul, van Busschbach, Feenstra, & Horn, 2014). Uit een meta-analyse van Horvath, Del Re, Flückiger en Symonds (2011) is bekend dat de therapeutische alliantie een significante predictor is voor de behandeluitkomst van individuele psychotherapie. Aangezien de delictanalyse idealiter een interventie is die voorafgaand aan de behandeling plaatsvindt, kan het vervolgtraject van de patiënt blijvend profiteren van bijkomende effecten van de delictanalyse in de vorm van het TPO. Tijdens de eerste expertmeeting werd duidelijk dat deze betrekkelijke jonge vorm van diagnostiek niet voldoende duidelijk omschreven werd in de richtlijn. Een visualisatie is later toegevoegd om de lezer hierbij te helpen. Ook is naar aanleiding van de feedback explicieter beschreven dat de delictanalyse een dynamisch product is en het aan het begin staat van de behandeling; hierna dient behandeling plaats te vinden op de factoren die onder andere vanuit de delictanalyse naar voren zijn gekomen. Hierbij is explicieter beschreven dat het proces tijdelijk gestopt mag worden indien dit nodig is.

Naast het TPO heeft het ‘Shared Decision Model’ (SDM) een belangrijke rol gespeeld bij de ontwikkeling van de richtlijn. Dit is een benadering die belang hecht aan een goede relatie tussen patiënt en zorgverlener en aan de autonomie en voorkeuren van de patiënt (Godolphin, 2009). De gezamenlijke besluitvorming in het SDM gaat ervan uit dat twee experts samenkomen: de patiënt is expert op het gebied van zijn eigen leven; de professional is expert op zijn vakgebied. Uit de Cochrane-review van Stacey en collega’s (2014) waarin 115 studies zijn vergeleken, is gebleken dat het bieden van hulp bij het maken van behandelkeuzes positieve effecten teweeg brengt. Er werd gevonden dat het de kennis van de patiënt over de verschillende opties vergroot, er meer actieve betrokkenheid is, dat patiënten meer vertrouwen hebben in hun keuze en er minder patiënten zijn die besluiteloos bleven. Verondersteld werd dat de positieve effecten van het maken van gezamenlijke beslissingen ook in de delictanalyse tot uiting zullen komen. In deze procedure draait het niet over het maken van medische beslissingen, maar worden er beslissingen gemaakt over de factoren die bijgedragen hebben aan het plegen van het delict. Wanneer de patiënt hierbij wordt betrokken, wordt de delicttheorie iets wat hij mede heeft ontwikkeld. Hij zal zich hierdoor meer betrokken tonen, meer kennis hebben over hoe factoren samenhangen met delictgedrag en hopelijk hierdoor meer zicht verkrijgen op zijn problematiek. Het SDM en het zojuist beschreven TPO zijn modellen die goed verenigbaar zijn: een van de pijlers van het TPO is *self-enhancement*, (het verlangen om geliefd te worden en om goed over onszelf te denken) (Finn & Tonsager, 1997). Een manier waarop dit mechanisme bij kan dragen is door respect voor en een positieve houding ten opzichte van de patiënt te tonen. Het behandelen van de cliënt als een waardig medewerker in elke fase van het onderzoek kan ook tot een positief resultaat leiden. Dit mechanisme sluit aan bij de visie van het SDM. Meer informatie over het TPO en het SDM wordt gevonden in hoofdstuk 3 ‘verdiepend literatuuronderzoek’.



Het TPO en het SDM sluiten aan bij de tips van de patiënten, zoals duidelijk geworden uit de patiëntinterviews. Hieruit was naar voren gekomen dat patiënten aan de start van hun behandeling het erg belangrijk vinden dat er aandacht is voor wat de patiënt zelf wil. Hier wordt in de ogen van de patiënten vaak aan voorbij gegaan. Er moet aandacht zijn voor de persoonlijke doelen, zodat de reden voor medewerking aan de delictanalyse duidelijk wordt. Hierbij benadrukten de patiënten dat er dan wel geluisterd moet worden en dat hun doelen en mening niet als onbelangrijk weggezet moeten worden. De ervaring is dat zij zich niet altijd voldoende serieus genomen voelen. De patiënten hopen dat de delictanalyse bijdraagt aan de samenwerking en dat er minder over hen en meer met hen gesproken wordt. Met het opnemen van de eigen visie in het rapport, hopen de patiënten dat ze echt iets in te brengen hebben in de behandeling. Genoemd werd dat de delictanalyse voldoende ingebed moet worden in de rest van de behandeling. Tot slot werd benadrukt dat de delictanalyse begrijpelijk moet zijn. Aangegeven werd dat het taalgebruik zo gemakkelijk moet zijn dat ‘mijn moeder van 70 het kan begrijpen’. Kanttekening bij deze resultaten is dat de patiënten slechts één FPC vertegenwoordigen. Ook bevonden de patiënten zich in de laatste fase van behandeling; mogelijk worden andere resultaten gevonden onder patiënten die korte net gestart zijn met de behandeling.

❖ Ontwikkeling fases van de richtlijn

De ontwikkeling van de fases van de richtlijn wordt in deze subparagraaf toegelicht. De richtlijn is opgebouwd uit 7 verschillende fases. In de oorspronkelijke versie van de richtlijn waren 9 fases opgenomen. Naar aanleiding van feedback uit de eerste expertmeeting zijn tweemaal twee fases samengevoegd. Bij het bepalen van de fases werden de resultaten uit het literatuur- en praktijkonderzoek gebruikt. Bepaald werd dat binnen de delictanalyse 1) een delictscenario zou worden opgenomen en 2) er gebruik zou worden gemaakt van de functie- en betekenisanalyses. Nadere toelichting voor deze keuzes kan worden gevonden in de voorgaande hoofdstukken (hoofdstuk 2 ‘praktijkonderzoek’ en hoofdstuk 3 ‘verdiepend literatuuronderzoek’) en in de volgende alinea’s. Om structuur aan te brengen in de fases en deze zoveel mogelijk aan te laten sluiten op het gebruik in de praktijk, zijn per fase het doel, de benodigde tijdsduur, de werkwijze en het resultaat van de fase beschreven. De delictanalist weet aan de hand van deze indeling wat hij wil bereiken in de fase en hoe hij dit aan kan pakken. De fases bieden zo duidelijke handvatten voor de praktijk.

Met de keuze voor het opnemen van het delictscenario en de functie- en betekenisanalyses volgden ook de invulling van de andere fases en de volgorde ervan. Vanuit het praktijkonderzoek was bekend geworden dat het bespreken van het delict voor een patiënt vaak een moeilijk proces is. Er werd aangegeven dat de opbouw van een therapeutische relatie hierbij belangrijk was. Alvorens het delictscenario kan worden uitgevraagd, moet er daarom contactopbouw plaats hebben gevonden.



Voorafgaand aan het delictscenario werd daarom een fase ontwikkeld die gericht was op deze contactopbouw. Aangezien de kennismaking met een patiënt een zekere voorbereiding treft, werden deze twee fases ontwikkeld voorafgaand aan het opstellen van het delictscenario. De functie- en betekenisanalyses zijn gericht om de functie en betekenis van (delict)gedrag te analyseren. De precieze gedragingen die bij een patiënt een rol spelen, worden duidelijk in het delictscenario. De fase waarin de functie- en betekenisanalyses worden opgesteld, volgde hierdoor logischerwijs na het opstellen van het delictscenario. Patiënten in de forensische zorg plegen dikwijls meerdere delicten; enkel een delictscenario opstellen van het indexdelict leek niet voldoende om de patronen in delictgedrag te kunnen identificeren. Een fase waarin de overige gepleegde delicten worden geanalyseerd, is daarom toegevoegd na afronding van de functie- en betekenisanalyses van het indexdelict. Toen de eerste fases waren opgebouwd, werden de fases van rapportage en terugkoppeling ontwikkeld. Met deze toevoeging waren de fases en de volgorde ervan bepaald. De overwegingen en gemaakte keuzes met betrekking tot de ontwikkeling van de fasen zullen in de volgende alinea's per fase toegelicht. Per informatiebron (literatuuronderzoeken, praktijkonderzoek, expertmeetings, commentaarronde en de patiëntinterviews) worden de gemaakte keuzes onderbouwd.

Fase 1: Voorbereiding

In de delictanalyse wordt gebruik gemaakt van meerdere bronnen om de uiteindelijke delicttheorie op te stellen. Onder deze bronnen bevinden zich 1) de patiënt zelf en 2) het dossier. In de eerste expertmeeting werd de opmerking gemaakt dat niet iedere professional de voorkeur heeft om voorafgaand aan de eerste ontmoeting met een patiënt het dossier te lezen. Verschillende voor- en nadelen werden hiervoor benoemd. In de richtlijn is opgenomen dat deze overweging over wordt gelaten aan de professional; binnen zijn organisatie en omgangsvoorkeuren wordt de delictanalist in staat geacht om hierin zelf een weloverwogen keuze te maken.

Fase 1: Voorbereiding	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	-
Praktijkonderzoek	-
Expertmeetings	Overweging toegevoegd: de delictanalist bepaalt of hij de patiënt eerst wil ontmoeten of dat hij eerst het dossier leest. De risicotaxatie moet afgerond zijn voorafgaand aan de delictanalyse. Tijdsduur is te kort: uitgebreid naar aanleiding van de feedback. Exclusiecriteria: ontkenning, floride psychotisch, weigering.
Commentaarronde	-
Patiëntinterviews	-

Fase 2: Kennismaking en start werkrelatie



Fase 2 is naast de eerste kennismaking gericht op het vergroten van de *treatment readiness*. In het literatuuronderzoek is het ‘Barriers to Change Model’ (BCM; Burrowes & Needs, 2009) besproken. Binnen het BCM worden er tien barrières onderscheiden die mogelijk een obstakel kunnen vormen voor de bereidheid van patiënten om hun gedrag te veranderen. Hoewel deze barrières primair zijn vastgesteld voor behandelinterventies, zijn ze vertaalbaar naar de delictanalyse en kunnen ze een handvat vormen voor het bespreken en beïnvloeden van deze barrières. Daarnaast is besloten om het bespreken van de persoonlijke doelen van de patiënt op te nemen in deze fase. Bij de ontwikkeling van het TPO is gebleken dat informatie sneller wordt aangenomen als deze gekoppeld wordt aan de persoonlijke doelen (Finn & Tonsager, 2002). Om hiervan te profiteren, is besloten dat aan het begin van de delictanalyse de persoonlijke doelen besproken worden. Niet enkel wordt de patiënt betrokken bij het proces (wat wenselijk is gezien vanuit het SDM), maar ook wordt duidelijk dat de delictanalyse kan helpen bij het bereiken van zijn eigen doelen. Middels het bespreken van de mogelijke barrières voor medewerking aan de interventie alsmede het bespreken van de persoonlijke doelen, wordt getracht de bereidheid van de patiënt om mee te werken aan de delictanalyse te vergroten. Hiernaast zouden beide technieken kunnen werken om de *treatment readiness* te vergroten.

Fase 2: Kennismaking en start werkrelatie	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	De barrières voor veranderingen zijn toegevoegd, zodat rekening gehouden kan worden met mogelijke motivationele problemen tijdens de delictanalyse. De persoonlijke doelen van de patiënt worden besproken, zodat latere informatie gemakkelijker wordt aangenomen.
Praktijkonderzoek	-
Expertmeetings	Het uitvragen van de geschiedenis heeft meer aandacht gekregen: deze informatie is essentieel voor de delictanalyse, aldus de experts. Ook de therapeutische relatie wordt versterkt, doordat eerst aandacht is voor de slachtofferkant waarna kan worden toegewerkt naar de daderkant.
Commentaarroude	-
Patiëntinterviews	De persoonlijke doelen worden besproken.

Fase 3: Delictscenario

Fase 3 is samengesteld uit de oorspronkelijke fases ‘delictscenario’ en ‘toetsing delictscenario aan dossierinformatie’. De informatie in deze fases zijn samengevoegd; inhoudelijk zijn er geen grote aanpassingen nodig geweest ten gevolg van deze samenvoeging. De overwegingen en keuzes die gemaakt zijn, worden daarom gezamenlijk besproken.

Wanneer een (beperkte) werkrelatie is opgebouwd, zou de patiënt theoretisch gezien in staat moeten zijn om met de delictanalist te praten over het delict. Er is gekozen om dit te doen in de vorm van



het maken van een delictscenario. Het delictscenario wordt in de forensische praktijk veel gebruikt: het werd gevonden onder zowel diagnostische- als behandelingsgerichte delictanalyses. De werkwijzen om tot een delictscenario te komen vertoonden grote verschillen. Het was daarom niet mogelijk om één type delictscenario aan te wijzen als een practice based interventie. Echter werd wel gezien dat er in de praktijk belang gehecht wordt aan een dergelijke interventie, omdat dit het delict gedetailleerd in kaart brengt. Het delictscenario is daarom opgenomen in de richtlijn. De invulling ervan lag bij de ontwikkeling van de richtlijn open; er kon immers geen uniforme werkwijze worden geïdentificeerd. Om een keuze te maken in de werkwijze, werden allereerst de verschillende definities geraadpleegd. Hieruit werd duidelijk dat de meeste definities uitgaan van een beschrijving van het delict (gebeurtenis), waarin de gedachten, gevoelens, gedragingen en gevolgen worden uitgevraagd in een bepaalde tijdsperiode rondom de delictpleging. Deze overeenkomst is gebruikt voor het bepalen van de werkwijze voor het opstellen van het delictscenario.

Uit de overeenkomst in definitie wordt duidelijk dat het gaat om het opstellen van een beschrijving van het delict. Dit wijkt af van de delictbeschrijving in het dossier, omdat in het delictscenario ook ruimte is voor de patiënt om zijn gedachten, gevoelens, gedragingen en gevolgen te benoemen. Aan de hand van deze gecombineerde visies wordt een beschrijving (een scenario) van de delictpleging opgesteld. Het kortdurend karakter van de richtlijn is mede bepalend geweest bij het ontwikkelen van de werkwijze voor het delictscenario. Hoewel in de praktijk wordt gezien dat het opstellen van een delictscenario ook een behandelmodule is en vaak veel tijd kost, is dit binnen de richtlijn niet wenselijk en mogelijk. Er werd daarom gekozen voor een meer 'sobere' invulling, die evenwel informatief is en bijdraagt aan het behalen van het doel van de delictanalyse.

De geformuleerde tijdsperiodes van het delictscenario verschilden sterk van elkaar. Er kon hierdoor geen gegronde beslissing worden gemaakt over de tijdsperiode die uitgevraagd dient te worden in het delictscenario: dit is immers ook afhankelijk van de patiënt, zijn problematiek en het gepleegde delict. Om voldoende responsief te zijn voor deze individuele verschillen, is ervoor gekozen om de tijdsperiode te laten bepalen door de delictanalist aan de hand van het dossier. Hij kan aangeven of er een lange periode besproken moet worden (bijvoorbeeld wanneer er sprake is van grooming), of dat enkele uren voorafgaand aan het delict voldoende zijn (bijvoorbeeld bij een delict dat meer impulsief van aard is).



Fase 3: Delictscenario	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	-
Praktijkonderzoek	Het delictscenario is een veelgebruikte term in de praktijk. Om verwarring te voorkomen, wordt hierbij aangesloten.
Expertmeetings	Samenvoegen van twee fases (delictscenario & toetsing delictscenario) Toegevoegd: het delict kan het best worden verteld in de tegenwoordige tijd. Toegevoegd: optionele praktijkopdracht om het delictscenario voor te bereiden. Nuancering aangebracht in de tekst: het gaat om het samenbrengen van de informatie van de patiënt en het dossier. Het dossier is niet per definitie 'de waarheid'.
Commentaarrronde	-
Patiëntinterviews	De visie van de patiënt krijgt voldoende aandacht en wordt serieus genomen. De delictanalist is niet gericht op het ontmaskeren van de patiënt, maar op het formuleren van een gezamenlijk delictscenario en het begrijpen van eventuele discrepanties tussen het dossier en het verhaal van de patiënt.

Fase 4: Functie- en/of betekenisanalyses

Fase 4 is samengesteld uit de oorspronkelijke fases 'functieanalyse en/of betekenisanalyse' en 'toetsing functieanalyse aan en met patiënt'. De informatie in deze fases zijn samengevoegd; inhoudelijk zijn er geen grote aanpassingen nodig geweest om deze samenvoeging toe te passen. De overwegingen en keuzes die gemaakt zijn, worden daarom gezamenlijk besproken.

Door het gebrek aan uniforme werkwijzen en wetenschappelijke literatuur omtrent delictanalyse, werden theorieën, methodieken, technieken en aanverwante onderwerpen die input zouden kunnen leveren aan de ontwikkeling van een richtlijn verzameld (beschreven in hoofdstuk 3 'verdiepend literatuuronderzoek'). In dit literatuuronderzoek werd onder andere gevonden dat in de cognitieve gedragstherapie gebruik wordt gemaakt van het opstellen van functie- en betekenisanalyses. Deze analyses worden gebruikt om een verklarende diagnose op te stellen en 'beschrijven de essentiële dynamiek die men achter de problemen van de patiënt vermoedt' (p. 213, Korrelboom & Ten Broeke, 2008). Deze analyses vormen hiermee de brug tussen algemeen geldende theorieën en het op het individu gerichte behandelplan (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). Hoewel de delictanalyse niet gericht is op het stellen van diagnoses, wordt er wel degelijk gezocht naar een individuele verklaring omtrent het delictgedrag. De functie- en betekenisanalyses werden hierdoor beoordeeld als technieken die een waardevolle bijdrage zouden kunnen leveren aan het opstellen van de delicttheorie.

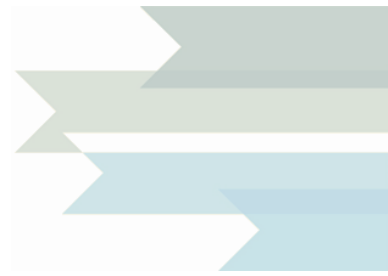


Fase 4: Functie- en/of betekenisanalyses	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	-
Praktijkonderzoek	-
Expertmeetings	Samenvoegen van twee fases (opstellen functie- en betekenisanalyses & toetsing). Doel explicieter beschreven; dit was nog niet voldoende duidelijk geformuleerd. Toevoeging: wat wordt er gedaan indien twee delictscenario's (= dossier & patiënt) blijven bestaan? Opstellen functie- en betekenisanalyses zijn niet voor iedereen in de praktijk vanzelfsprekend; uitgebreidere informatie is nodig.
Commentaarronde	-
Patiëntinterviews	De functie- en betekenisanalyses worden opgesteld samen met de patiënt. Ze worden op begrijpelijke wijze uitgelegd; een visuele weergave kan hierin ondersteunend zijn.

Fase 5: Toetsing indexdelict aan overige delicten

Om het patroon in delictpleging te herkennen en de behandeling af te stemmen op de factoren die hieraan bijdragen, moeten ook overige delicten worden besproken. De wijze waarop dit besproken zou moeten worden, was echter lastig. Er werden geen aanknopingspunten gevonden in het literatuur- en praktijkonderzoek. Aangezien de richtlijn is ingericht volgens het principe 'zo kort als mogelijk, maar zo lang als nodig', moest er een weg worden gevonden waarin niet ieder gepleegde delict gedetailleerd besproken zou worden. Er moest echter wel voldoende informatie worden verzameld om patronen te kunnen herkennen in delictpleging. Er is daarom gekozen voor het summier herhalen van het delictscenario (fase 3), waarna functie- en betekenisanalyses kunnen worden opgesteld door de delictanalist. Overige delicten die veel overeenkomsten hebben met het indexdelict, hoeven minder gedetailleerd beschreven te worden; de patronen zijn immers naar verwachting (grotendeels) gelijk. Overige delicten die gepleegd zijn, maar die geen overeenkomsten hebben met het indexdelict (bijvoorbeeld een brandstichter die in het verleden een zedenmisdrijf heeft gepleegd) dienen echter wel gedetailleerd uitgevraagd te worden. In dit laatste geval zal de delictanalist genoodzaakt zijn om de tijdsduur van de delictanalyse te verlengen.

Fase 5: Toetsing indexdelict aan overige delicten	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	-
Praktijkonderzoek	-
Expertmeetings	De genoemde tijdsduur is verkort.
Commentaarronde	-
Patiëntinterviews	-



Fase 6: Opstellen delicttheorie en rapportage

Na afloop van het opstellen van de functie- en betekenisanalyses kan een theorie opgesteld worden over hoe het delictgedrag tot stand is gekomen en hoe het gedrag mogelijk in stand wordt gehouden. De factoren die hieruit naar voren komen, kunnen, gebundeld in een theorie, richting geven aan behandeling. Ook het opstellen van een theorie is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes. In de cognitieve gedragstherapie wordt namelijk een (holistische) theorie opgesteld (ook wel casusconceptualisatie of case formulation genoemd; o.a. Eells & Lombart, 2011) op basis van de functie- en betekenisanalyses. Aan de hand van deze informatie kan een individueel behandelplan opgesteld worden.

In de eerste versies van de richtlijn werd de term delictanalyse voor zowel het proces gebruikt als voor de aanduiding van het eindrapport. Door de experts in de eerste expertmeeting werd echter opgemerkt dat hierdoor de rode draad uit het oog werd verloren. Om meer duidelijkheid te creëren is ervoor gekozen om een andere term voor het eindproduct te gebruiken. De term die hiervoor gekozen is, is delicttheorie. Hoewel deze term in het praktijkonderzoek slechts driemaal genoemd werd en de projectgroep zich bewust was van de reeds talloze aanwezige termen in de forensische zorg en verdere verwarring wilde voorkomen, werd het begrip delicttheorie als meest eenduidige term gezien voor de theorie die geschreven wordt gedurende het proces van delictanalyse. Met het opnemen van het begrip delicttheorie werden het proces en het eindproduct van de delictanalyse van elkaar gescheiden.

Fase 6: Opstellen delicttheorie en rapportage	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	De analyses worden gebruikt om een verklarende diagnose op te stellen en 'beschrijven de essentiële dynamiek die men achter de problemen van de patiënt vermoedt' (p. 213, Korrelboom & Ten Broeke, 2008). Deze analyses vormen hiermee de brug tussen algemeen geldende theorieën en het op het individu gerichte behandelplan (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). De functie- en betekenisanalyses zijn hierdoor beoordeeld als technieken die een waardevolle bijdrage zouden kunnen leveren aan het opstellen van de delicttheorie. Literatuur omtrent casusconceptualisatie/case formulation.
Praktijkonderzoek	-
Expertmeetings	Genoemde tijdsduur verkort: 4 uur in plaats van 6 uur. Toevoeging: een rapportageformat voor de praktijk behorende bij de richtlijn. Term delictanalyse voor eindproduct veranderd in delicttheorie.
Commentaarroude	-
Patiëntinterviews	In het rapport wordt een gedeelte opgenomen dat speciaal voor de patiënt is opgesteld. De tekst sluit aan bij de bewoordingen van de patiënt, zodat alles begrijpelijk is. Jargon wordt zoveel mogelijk vermeden of duidelijk toegelicht. Waar nodig worden visuele weergaven toegevoegd.



Fase 7: Terugkoppeling rapportage

In de terugkoppeling van de rapportage wordt de patiënt op de hoogte gebracht van de bevindingen en wordt het rapport toegelicht. Tijdens de terugkoppeling zal niet alle informatie die verstrekt wordt, overeenkomen met het beeld dat de patiënt van zichzelf heeft. De literatuur omtrent het TPO geeft leidraad over de wijze waarop dit gedaan kan worden. Door de eerder beschreven *self-verification* (het verlangen naar bevestiging van de manier waarop wij onszelf en de wereld om ons heen zien) kan informatie die overeenkomt met het zelfbeeld van de patiënt beter eerst geboden worden, waarna geprobeerd kan worden om nieuwe informatie te integreren in het bestaande zelfbeeld van de patiënt. Het TPO is in deze fase gevolgd.

Aangezien de delictanalyse en de hieruit voortkomende delicttheorie bijdraagt aan de bepaling van de behandeling, is het belangrijk dat de patiënt begrijpt wat er geschreven is. Vanuit de expertmeeting kwam daarom de suggestie om een patiëntversie te schrijven van de delicttheorie. Deze suggestie sluit aan bij de visie van de richtlijn en is opgenomen in de richtlijn. De patiënt kan zo idealiter de delictanalyse regelmatig raadplegen en zelf medeverantwoordelijk zijn voor de mogelijke aanpassingen ervan in de toekomst.

Fase 7: Terugkoppeling rapportage	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	Volgorde van informatie terugkoppelen is mede bepaald door literatuur omtrent het TPO.
Praktijkonderzoek	-
Expertmeetings	Expliciet vermeld dat de delictanalyse ook dient te worden teruggekoppeld aan de behandelaar van de patiënt; dit werd gemist. Toevoeging: voor de patiënt moet een begrijpelijke samenvatting worden geschreven. Toevoeging: extra sessie, zodat het netwerk betrokken kan worden bij de terugkoppeling.
Commentaarrronde	-
Patiëntinterviews	In de terugkoppeling wordt het gehele rapport toegelicht en moet er voldoende tijd zijn voor patiënten om vragen te stellen. Na de terugkoppeling moet de delictanalyse voor de patiënt duidelijk zijn.

Voorwaarden delictanalist

De voorwaarden die gesteld worden aan de functionaris die de delictanalyse afneemt, zijn gedurende de ontwikkeling van de richtlijn aangepast. Uit het praktijkonderzoek bleek dat bij ongeveer de helft van de instellingen enkel WO-geschoold personeel de delictanalyse mocht afnemen. Hierbij werd aangegeven dat



niet iedere basispsycholoog hiervoor in aanmerking kwam: enkel 'goed' personeel werd hiervoor ingezet. Gezien het feit dat de vaardigheden van een functionaris niet op basis van jaren ervaring zijn af te leiden en dat de kwaliteit van het werk moeilijk te operationaliseren is, is initieel gekozen om de eis aan te houden dat enkel functionarissen met een afgeronde post doctorale opleiding tot GZ-psycholoog of in opleiding zijn hiertoe, de delictanalyse mochten afnemen. Dit is gebaseerd op de aanname dat basispsychologen die voldoende geacht zijn om de GZ-opleiding te volgen, eveneens over voldoende vaardigheden zouden beschikken om de delictanalyse af te nemen. Deze eis was terug te vinden in het praktijkonderzoek, waarbij een kwart van de instellingen aangaven dat enkel postdoctoraal geschoolde functionarissen de delictanalyse afnamen. Deze aanname bleek echter te zwaar: tijdens de expertmeetings werd aangedragen dat basispsychologen in staat zijn om een goede delictanalyse af te nemen, mits er sprake is van supervisie. Gezien het feit dat ook in het praktijkonderzoek veel instellingen basispsychologen aanstellen om de delictanalyse af te nemen, is de eerdere voorwaarde aangepast. Hiernaast is op basis van de commentaarronde een voorwaarde toegevoegd: de delictanalist moet de mogelijkheid hebben tot intervisie. Zo kan niet enkel de delictanalyse en het proces hiervan aan collega's getoetst worden, ook kan de delictanalyse tot heftige gevoelens leiden bij de delictanalist zelf. Tijdens intervisie heeft de delictanalist de mogelijkheid om dit te delen.

Voorwaarden delictanalist	Keuzes en aanpassingen
Literatuuronderzoeken	-
Praktijkonderzoek	In de praktijk wordt voornamelijk WO-geschoold personeel ingezet voor de delictanalyse. Ook is gevonden dat intervisie en supervisie geboden wordt aan functionarissen die de delictanalyse afnemen.
Expertmeetings	Voorwaarde verwijderd: eerder was de voorwaarde dat de delictanalist niet degene mocht zijn die de risicotaxatie afnam. Dit is komen te vervallen. Voorwaarden voor opleiding te streng: een 'goede' basispsycholoog is in staat om de delictanalyse af te nemen. Een postdoctorale opleiding is niet noodzakelijk.
Commentaarronde	Toegevoegd: de delictanalist moet de mogelijkheid tot intervisie hebben. Voorwaarde verwijderd: eerder was de voorwaarde dat de delictanalist niet degene mocht zijn die de risicotaxatie afnam. Dit is komen te vervallen.
Patiëntinterviews	-

4.5. Pilotstudie

Na afronding van bovenstaande onderzoeken en feedbackmomenten, was een concept richtlijn ontstaan. Om de richtlijn daadwerkelijk te toetsen aan de praktijk, is een pilotstudie opgestart. Mogelijke onduidelijkheden en/of onvolledigheden in de richtlijn kunnen hierdoor aan het licht zouden komen, waarna de richtlijn op grond daarvan kan worden aangepast.

4.5.1 Methode

In totaal zijn vijftien instellingen benaderd voor deelname aan de pilotstudie. Al deze instellingen zijn in een eerder stadium betrokken geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn. Hoewel alle instellingen hun enthousiasme en interesse in medewerking aan de pilotstudie toonden, bleek dat vier instellingen (26,7%) ook daadwerkelijk in staat waren om deel te nemen aan de studie. In totaal hebben twee FPC's, twee FPK's, één FPA en één FPP deelgenomen aan de pilotstudie (binnen twee instellingen waren meerdere sectoren vertegenwoordigd, waardoor de getallen niet met elkaar overeen komen; zie tabel 6 voor een overzicht). De overige tien benaderde instellingen waren niet in de gelegenheid om deel te nemen. Redenen hiervoor waren voornamelijk praktisch van aard: instellingen hadden niet voldoende formatie om de delictanalyse uit te voeren, voerden al meerdere onderzoeken uit ten tijde van de pilotstudie of was door reorganisatie was het niet mogelijk om deel te nemen.

Instelling	Sector	Aantal deelnemende delictanalisten	Aantal deelnemende patiënten	Aantal afgeronde fases
1	FPC	2 delictanalisten	2 patiënten	Fase 1 t/m 7 Fase 1 t/m 5
2	FPC	1 delictanalist	1 patiënt	Fase 1 t/m 7
	FPK	1 delictanalist	1 patiënt	Fase 1 t/m 2
3	FPA	1 delictanalist	1 patiënt	Fase 1 t/m 4
	FPP		1 patiënt	Fase 1 t/m 4
4	FPK	1 delictanalist	1 patiënt	Fase 1 t/m 2

Van de vier instellingen die deelgenomen hebben, werd in één FPC de delictanalyse door twee verschillende delictanalisten afgenomen. Ook was er één delictanalist die zowel werkzaam was in een FPA en bij een FPP en bij beide instellingen een delictanalyse heeft afgenomen. In totaal is van zes verschillende delictanalisten feedback verzameld. Er zijn vier feedbackformulieren gebruikt om de informatie systematisch te verzamelen en te ordenen. Door middel van het eerste formulier werden algemene gegevens van de patiënt verzameld zoals het type indexdelict en de fase van behandeling. Ook werden in dit formulier vragen gesteld over fase 1 en 2 van de richtlijn. Het tweede formulier betrof vragen over fase 3. In het derde formulier zijn vragen gesteld over ervaringen met fase 4 en 5. Tot slot werden in het vierde formulier fase 6 en 7 geëvalueerd, alsmede algemene vragen over de gehele richtlijn voor delictanalyse.



4.5.2 Resultaten

Uit de feedbackformulieren is op te maken dat over het algemeen de delictanalisten de richtlijn als positief hebben ervaren. Genoemd werd dat de richtlijn goed toepasbaar is in de praktijk en dat de richtlijn in grote mate heeft geholpen bij het begrijpen van de delictdynamiek. Tevens werd aangedragen dat de werkwijze bijgedragen heeft aan de motivatie en treatment readiness van de patiënt en dat de aanbevelingen voor specifieke groepen zeer prettig zijn. Tot slot werd genoemd dat de richtlijn voor delictanalyse een verbetering is van de eerder gehanteerde delictanalyse. Er werden geen fundamentele verschillen gevonden in de feedback tussen sectoren (FPC, FPK, FPA en FPP), wat er op duidt dat de richtlijn in de gehele forensische psychiatrische zorg toegepast kan worden. Kanttekening hierbij is dat niet iedere sector breed vertegenwoordigd was (meer informatie hierover wordt gevonden in de volgende subparagraaf '4.5.3 Beperkingen pilotstudie'). Per fase zal de specifieke feedback worden toegelicht.

❖ Fase 1

De werkwijze van fase 1 wordt door alle delictanalisten beoordeeld als passend bij de opgestelde doelen. De tijdsduur was volgens de delictanalisten voldoende; mits zij niet het gehele strafdossier door hoefden te nemen. Aangedragen werd dat naast de genoemde dossierinformatie, ook de rapportage van de reclassering en het (laatst opgestelde) psychodiagnostische onderzoeksrapport geraadpleegd dient te worden. Dit advies is opgenomen in de richtlijn.

❖ Fase 2

Ook van deze fase wordt de werkwijze door alle delictanalisten beoordeeld als passend bij de opgestelde doelen. De fase is volgens de delictanalisten goed beschreven en is een goede leidraad. Het navragen van de barrières en persoonlijke doelen is veelal positief beoordeeld. Genoemd werd dat dit een zinvolle aanvulling is en dat het bespreken ervan bijdraagt aan actieve deelname van de patiënt. Een delictanalist benadrukt dat hierdoor ruimte ontstaan is om over het ouderschap te praten en dat de betrokken patiënt bij iedere sessie aanwezig was. Tegelijkertijd werd door een enkele delictanalist genoemd dat het bespreken van de barrières niet leidde tot actievere deelname.

Door een delictanalist werd opgemerkt dat voor het opbouwen van een werkrelatie meer tijd nodig is dan aangegeven. Opgemerkt is dat het voor sommige patiënten mogelijk beter is om hiervoor langer de tijd te nemen, bijvoorbeeld het geval van een psychotische patiënt. Andere delictanalisten gaven juist aan dat er voldoende tot ruim voldoende tijd was voor deze fase. Ook werd door een delictanalist opgemerkt dat het te globaal bespreken van de levensgeschiedenis mogelijk leidt tot een incomplete delicttheorie. Andere delictanalisten hebben hierover echter niets gemeld, waardoor hierin geen aanpassingen zijn gemaakt.



❖ Fase 3

Over het algemeen vonden de delictanalisten dat de doelen in fase 3 helder zijn, de methodiek passend is en dat er voldoende handvatten zijn aangeboden. Genoemd werd dat een sterk punt van deze fase is dat eerst de patiënt zijn verhaal kan doen voordat hij geconfronteerd wordt met het dossier. Ook voert een delictanalist aan dat de methodiek recht doet aan een op het dossier haaks staande delictbeleving van de patiënt door het opstellen van twee scenario's. Door een andere delictanalist wordt genoemd dat de emotiegrafiek en self-verification zeer helpend was.

Door een delictanalist werd aangedragen dat er te weinig handvatten geboden worden voor patiënten die een zedenmisdrijf gepleegd hebben: specifieke informatie hierover ontbreekt in de richtlijn, terwijl het volgens de delictanalist onvermijdelijk is om hier meer aandacht aan te besteden. Bij de ontwikkeling van de richtlijn is er echter voor gekozen om aanbevelingen te schrijven voor groepen waar een specifieke responsiviteit van toepassing is. Hierbij is later de verslavingsproblematiek op aanraden van de experts in de expertmeeting toegevoegd. Patiënten die een zedenmisdrijf gepleegd hebben, werden tijdens de interviews en de expertmeetings eveneens in sommige gevallen aangedragen als specifieke groep. Volgens de meerderheid was hier echter geen andere benadering van toepassing, maar was additionele informatie zoals een seksuele anamnese noodzakelijk. Het advies is gegeven om voor de start van de delictanalyse, de seksuele anamnese reeds afgerond te hebben en deze informatie te bestuderen in fase 1. Om dit nogmaals te benadrukken is in de richtlijn informatie over de keuze om de richtlijn niet te richten op een bepaald delicttype toegevoegd.

De feedback heeft ook geleid tot een andere toevoeging. In de richtlijn staat namelijk beschreven dat het gedrag en/of de cognities van de patiënt niet behandeld worden, maar dat opvallende gedragingen en cognities zoals denkfouten worden gerapporteerd. Zoals een delictanalist opmerkte, werd er echter niet vermeld dat het van belang is om dit aan te patiënt te melden zodat hij bij het terugkoppelen van het rapport de klinische interpretaties verwacht. Dit advies is opgenomen in de richtlijn.

❖ Fase 4 & 5

De feedback op fase 4 en 5 worden gezamenlijk gerapporteerd, omdat deze fases eenzelfde methodiek volgen. Door meerdere delictanalisten is het opstellen van de functie- en betekenisanalyses als zeer positief ervaren. Aangegeven is dat door het opstellen van de functie- en betekenisanalyses er meer zicht verkregen is op de problematische gedragingen en het hielp bij het ordenen en toetsen van alle vergaarde informatie. Ook werden de analyses omschreven als een meerwaarde en kwamen de positieve consequenties van het gedrag (de in standhoudende factoren van het delictgedrag) duidelijker naar voren.

Aandachtspunten in deze fases zijn volgens de delictanalisten dat er voldoende kennis moet zijn bij de delictanalist om goede functie- en betekenisanalyses op te stellen. De uitleg is volgens hen mogelijk niet



toereikend voor (niet ervaren) basispsychologen. Voorgesteld is dat de delictanalist minimaal een GZ-registratie zou moeten hebben of hiervoor in opleiding is zodat de therapeutische competentie en voldoende kennisniveau gewaarborgd zijn. In een eerdere versie van de richtlijn is dit opleidingsniveau opgenomen geweest; echter werd tijdens de expertmeetings door meeste experts aangedragen dat deze voorwaarde te streng was. Zij waren van mening dat een goede basispsycholoog ook over voldoende competenties kan beschikken om de delictanalyse met goed gevolg af te ronden. De voorwaarden voor de delictanalist zijn op grond daarvan aangepast. Aangezien de meerderheid van de experts deze mening deelde, wordt naar aanleiding van de pilotstudie deze voorwaarden alsnog niet aangepast. De projectgroep is echter van mening dat dit een aandachtspunt blijft. Het juiste opleidings- en kennisniveau en goede gedragsdeskundige competenties zijn van groot belang. Daarom is in de voorwaarden extra nadruk gelegd om de bekwaamheid van de delictanalist goed te beschrijven en vast te stellen.

❖ Fase 6

De ervaringen met fase 6 zijn positief. Hierbij moet opgemerkt worden dat van zowel fase 6 als van fase 7 slechts twee feedbackformulieren zijn ontvangen. De andere delictanalyses waren nog niet in deze fase beland. De doelen en de methodiek zijn volgens de delictanalisten duidelijk. Aangegeven werd dat de eerdere fases geleid hebben tot voldoende informatie en overzicht in de problematiek om een gefundeerde delicttheorie op te kunnen stellen. De tijdsduur wordt daarentegen door beide delictanalisten omschreven als te krap: de materie is volgens de analisten complex, waardoor (meer) tijd nodig is om deze om te zetten in een compacte en concrete delicttheorie. Beide delictanalisten geven aan dat het wellicht reëler is om de tijdsduur uit te breiden. Naar aanleiding van deze feedback is de tijdsduur echter niet aangepast: hoewel de projectgroep de mening van de delictanalisten deelt dat het opstellen van de delicttheorie een tijdrovende en ingewikkelde taak is, is tijdens de expertmeetings juist aangegeven dat de tijdsduur verkort diende te worden. Aangezien deze mening door meerdere experts gedeeld werd, is er voor gekozen om (in ieder geval voor dit moment) de tijdsduur niet te verlengen. Indien uit meerdere praktijkervaringen blijkt dat de genoemde tijdsduur niet toereikend is, kan dit alsnog aangepast worden.

❖ Fase 7

In fase 7 zijn geen aanpassingen nodig gebleken. De methodiek en doelen worden beschreven als duidelijk, passend en voldoende leidend. Er werd geen informatie gemist.



4.5.3 Beperkingen pilotstudie

Ondanks dat er vanuit zowel de projectgroep als de betrokken instellingen moeite gedaan is om de pilotstudie op te zetten, bleek de praktijk weerbarstig. Hoewel in maart 2015 de eerste correspondentie over de pilotstudie plaatsvond, bleek het in nogal wat gevallen lastig om op korte termijn een delictanalyse op te starten met een patiënt volgens de nieuwe methodiek. Hierdoor zijn minder instellingen geïnccludeerd dan gehoopt werd en konden niet alle delictanalyses op tijd afgerond worden. Hoewel de pilotstudie tot veel interessante resultaten heeft geleid, moet de studie door het beperkte aantal deelnemers beschouwd worden als een eerste verkenning van het gebruik van de richtlijn in de praktijk. Na implementatie is het van belang dat de ervaringen van delictanalisten met de richtlijn gedeeld blijven worden, zodat de richtlijn zo goed mogelijk blijft aansluiten bij de praktijk en een dynamisch product blijft. Meer hierover staat beschreven in hoofdstuk 6 'Implementatie'.

Hoewel de pilotstudie met grote zorgvuldigheid is opgestart, is het mogelijk dat er een selectie bias is ontstaan. De participerende instellingen waren allen in een eerder stadium betrokken geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn. Vervolgens werden van alle betrokken instellingen 15 instellingen gevraagd voor deelname aan de pilot. Voor het ondervangen van deze mogelijke selectiebias wordt eveneens geadviseerd om de ervaringen te blijven monitoren en de richtlijn desgewenst aan te passen.

4.6. Conclusie

Bij de ontwikkeling van de richtlijn voor delictanalyse is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de wetenschappelijke literatuur en van de ervaringen in de praktijk. Er is gedurende de gehele ontwikkeling op verschillende wijzen informatie en feedback vergaard. De professionals in de praktijk werden hierbij steeds betrokken, opdat de delictanalyse zoveel mogelijk aansluit bij de behoeften in de praktijk en draagvlak voor de richtlijn gecreëerd (of behouden) werd. Ook werden de patiënten betrokken bij de ontwikkeling zodat de zorggebruiker vertegenwoordigd was en de delictanalyse zoveel mogelijk bij de behoeften van de doelgroep aansluit. Zoals in ieder onderzoek, was er ook bij de ontwikkeling van de richtlijn sprake van beperkingen door de gekozen methoden. Deze beperkingen zijn zoveel mogelijk toegelicht in bovenstaande paragrafen.

4.7. Literatuur

Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R., & Blagys, M. D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75, 82–109.

Burrowes, N., & Needs, A. (2009). Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 39-49.



- Eells, T.D., & Lombart, L.G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. In P. Sturmey, & M. McMurrin (Eds.). *Forensic case formulation*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Finn, S. E. & Tonsager, M. E. (2002). How therapeutic assessment became humanistic. *The Humanistic Psychologist*, 30, 10-22.
- Godolphin, W. (2009). Shared decision-making. *Healthcare Quarterly*, 12, 186-190.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of therapeutic alliance during psychology assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83, 332-344.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Kennisbank Richtlijnontwikkeling (2013). Ondersteunende materialen bij het ontwikkelen van richtlijnen. Tool Projectmanagement. Geraadpleegd op <http://www.haring.nl/download/pages/Tool%20Projectmanagement.pdf>
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2008). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum, The Netherlands: Coutinho.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012). *Richtlijn voor richtlijnen.20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn* (herziene versie). Geraadpleegd op <https://www.zorginstituutnederland.nl/zoeken?query=richtlijn+voor+richtlijn>
- Saeger, de, H., Kamphuis, J. H., Finn, S. E., Smith, J. D., Verheul, R., van Busschbach, J. J., Feenstra, D.J., & Horn, E. K. (2014). Therapeutic assessment promotes treatment readiness but does not affect symptom change in patients with personality disorders: Findings from a randomized clinical trial. *Psychological assessment*, 26, 474-483.
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., ... & Wu, J. H. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane Library*.



Hoofdstuk 5: Richtlijn voor delictanalyse

In dit hoofdstuk wordt de richtlijn voor delictanalyse weergegeven. Voordat de richtlijn inhoudelijk wordt gepresenteerd, wordt eerst informatie omtrent het doel, de doelgroep, definiëring en de plaatsing van de interventie in het behandelproces aangegeven. Hierna worden de verschillende fases van de richtlijn weergegeven, waarna achtereenvolgens wordt ingegaan op de voorwaarden waaraan een delictanalist dient te voldoen, de koppeling tussen delictanalyse en risicotaxatie en hoe omgegaan kan worden met ontkenning van de patiënt. Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor toepassing van de richtlijn bij specifieke patiëntgroepen (psychotische stoornis, autisme spectrum stoornis (ASS), licht verstandelijke beperking (LVB) en stoornis in het gebruik van middelen).

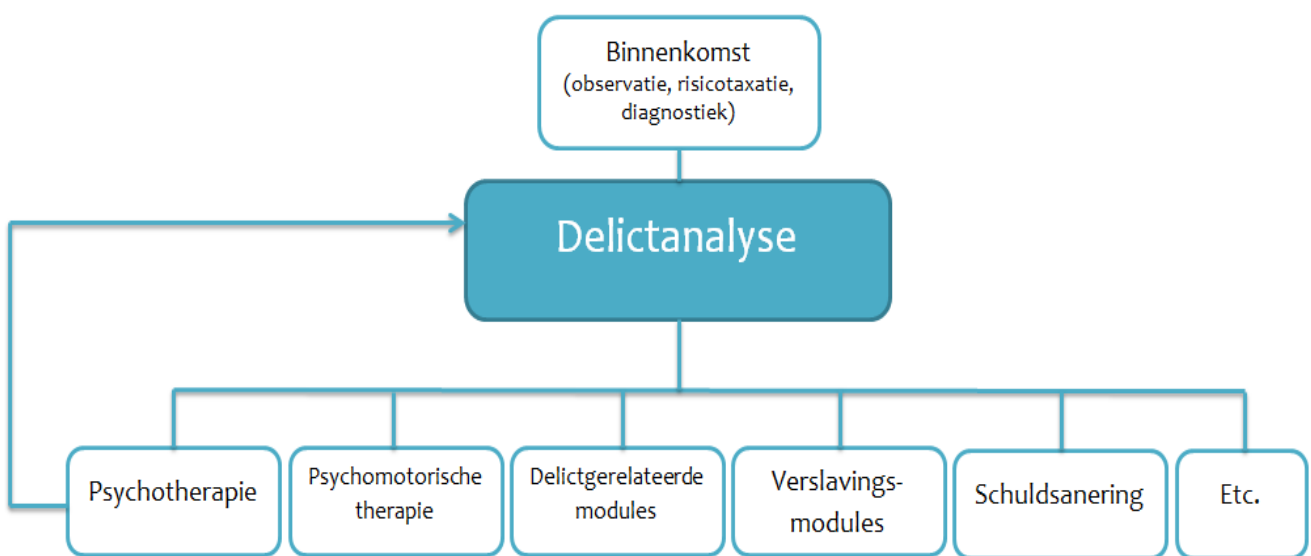
5.1. Doel en doelgroep

De delictanalyse wordt in deze richtlijn gedefinieerd als *de procedure waarin de verschillende factoren die hebben bijgedragen aan het plegen van het delict in kaart worden gebracht, resulterend in een delicttheorie*. Het primaire doel van de delictanalyse is het verkrijgen van inzicht in deze factoren, waardoor mede richting gegeven kan worden aan behandeling. Het is dus primair een diagnostische interventie die aangrijpingspunten biedt voor behandeling, waarbij interventie wordt gedefinieerd als *een programmatische en gestructureerde methodiek van psychologische handelingen*. Het product van de delictanalyse, de delicttheorie, wordt gedefinieerd als *een dynamische theorie waarbinnen het ontstaan van het delict wordt verklaard*. Een delicttheorie kent hiermee grote gelijkenissen met een verklaringsmodel zoals gedefinieerd door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (2012, p.2). Hierin wordt een verklaringsmodel gedefinieerd als een model waarbinnen onderlinge relaties tussen dynamische criminogene en beschermende factoren worden geëxpliciteerd. Aan de hand van het verklaringsmodel wordt duidelijk welke processen hebben geleid tot het vertonen van delictgedrag. Een verschil is echter dat het verklaringsmodel kennis bevat over groepen, terwijl de delicttheorie een verklaring biedt op individueel niveau.

De delictanalyse is een interventie die in de gehele forensische zorg wordt gebruikt. Dit betekent dat er zowel bij kortdurende behandelingen als bij langdurige behandelingen delictanalyses worden opgesteld; zowel binnen de extramurale- als binnen de intramurale zorg. De doelgroep van de richtlijn beslaat hierdoor in principe alle patiënten in de forensische zorg. Er zijn ook overwegingen om de delictanalyse in een afgezwakte vorm, pas later in de behandeling of niet af te nemen, bijvoorbeeld wanneer de patiënt floride psychotisch is of het delict geheel ontkent (*noot: verderop in dit hoofdstuk wordt meer informatie geboden over ontkennende patiënten*). Indien een patiënt (nog) niet in staat om deel te nemen aan de delictanalyse, kan op basis van het dossier een voorlopige delicttheorie opgesteld



worden. Wanneer de patiënt in een later stadium alsnog participeert aan de delictanalyse, moet de afweging worden gemaakt of het doorspreken van de op basis van het dossier opgestelde delicttheorie voldoende is of dat de gehele delictanalyse doorlopen moet worden. Dit besluit hangt af van de behandelfase van de patiënt. Indien hij¹ inmiddels gestart is met de behandeling en de problematiek voldoende in beeld is, kan worden volstaan met het doorspreken van de delicttheorie opgesteld op basis van het dossier.



Figuur 2: Schematische weergave van de plaatsing van de delictanalyse richtlijn ten opzichte van (willekeurige) behandelmodules en diagnostiek.

5.2. Plaatsing delictanalyse binnen de behandeling

De delictanalyse zoals beschreven in de richtlijn is gedefinieerd als een diagnostische interventie. In figuur 2 wordt de plaatsing van de delictanalyse ten opzichte van behandeling en diagnostiek schematisch weergegeven. Zoals in dit figuur te zien is, wordt de delictanalyse afgenomen voorafgaand aan de behandelmodules (noot: in het figuur staan willekeurige behandelinterventies weergegeven). Na het opstellen van de delictanalyse is er zicht op de factoren waarop de behandeling en/of het risicomangement gericht moet worden. De delictanalyse is derhalve een interventie die zowel informatieve- als therapeutische doeleinden dient. De informatieve doeleinden hebben betrekking op de informatie die verzameld wordt gedurende de delictanalyse door de behandelaar. Hij krijgt zicht op de problematiek waardoor houvast voor behandeling wordt geboden. Tegelijkertijd kan de delictanalyse voor

¹ Voor de leesbaarheid is gekozen om één sekse (mannelijke vorm) aan te houden voor zowel de delictanalist als de patiënt.



de patiënt therapeutisch zijn, omdat hij hier leert om over het delict te spreken, zicht krijgt op zijn problematiek en een werkrelatie aangaat. In deze zin komt de delictanalyse als interventie (gedeeltelijk) overeen met het Therapeutisch Psychologisch Onderzoek (TPO) geformuleerd door Finn en Tonsager (1997). De richtlijn kan hierdoor zowel in zorgpaden voor diagnostiek als voor behandeling worden geïncorporeerd.

5.3. Richtlijn delictanalyse

Noot vooraf: “Gebruikers van een richtlijn moeten zich realiseren dat richtlijnen geen dwingende voorschriften zijn. Richtlijnen bevatten expliciete, zo veel mogelijk op evidence gebaseerde aanbevelingen en inzichten waaraan zorgverleners behoren te voldoen om kwalitatief optimale zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gericht zijn op de ‘gemiddelde patiënt’ en de praktijk meestal complexer is dan in de richtlijn is weergegeven, kunnen - en soms moeten - zorgverleners in individuele gevallen afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Wie contrair aan een aanbeveling uit een richtlijn handelt, moet dat motiveren in het zorgdossier. Naarmate de aanbeveling stringenter is opgesteld, wordt het afwijken uitgebreider verantwoord in het zorgdossier” (Regieraad, 2012, p.6).

De richtlijn voor delictanalyse is opgedeeld in zeven fases (voor een schematisch overzicht van de inhoudelijke stappen, zie figuur 3). Per fase worden het doel, de tijdsduur, de werkwijze en de mogelijke dilemma's en valkuilen benoemd. Tot slot wordt per fase het resultaat van de fase expliciet benoemd. De informatie die er tijdens de delictanalyse wordt verzameld kan overzichtelijk worden gedocumenteerd middels het bijgevoegde rapportageformat voor de delictanalyse (zie bijlage 3).

Een delictanalyse wordt, zoals ook voorgesteld door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) in het landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie (2009), in principe eenmalig opgesteld aan het begin van de behandeling. De delictanalyse richtlijn biedt een werkwijze om de eerste (en voorlopige) delicttheorie op te stellen. Hierin kan (nog) informatie ontbreken die later ingevuld kan worden. Ook informatie die nog niet ter sprake is gekomen of later anders wordt beoordeeld en gewogen, kan op een later moment worden toegevoegd of worden aangepast. Nieuwe informatie kan dus voortdurend zorgen voor aanpassing van de delicttheorie, hetgeen de hypothetische en dynamische aard van de delicttheorie onderschrijft (zoals ook weergegeven in figuur 2). Wanneer een patiënt aan het begin van zijn behandeling (nog) niet in staat is om de (gehele) richtlijn te doorlopen, kan de delictanalist de keuze maken om het proces van delictanalyse (tijdelijk) af te breken en enkel op basis van de beschikbare informatie in het dossier een delicttheorie op te stellen. In het verloop van de behandeling dient de mogelijkheid en/of bereidheid tot medewerking aan de delictanalyse gemonitord te worden om mogelijk op een later tijdstip de richtlijn gezamenlijk met de patiënt te doorlopen. Bij voorkeur



wordt altijd een poging gedaan om het proces gezamenlijk met de patiënt te doorlopen en moeilijkheden hierin samen op te lossen.



Figuur 3: Schematisch overzicht van de te doorlopen stappen om een delictanalyse te formuleren.

In de richtlijn worden individuele sessies aangegeven met de patiënt. Deze sessies bestaan uit 45 minuten gesprekstijd en 15 minuten registratie- en rapportagetijd. De frequentie van de gesprekken is afhankelijk van de instelling waar de behandeling plaatsvindt en de mate van belastbaarheid van de patiënt. Uitgegaan wordt van een frequentie van eenmaal per week. De delictanalist kan er echter ook voor kiezen om deze frequentie aan te passen.

Fase 1: voorbereidingsfase

Doel

Het doel van deze fase is dat de delictanalist een beeld heeft van de patiënt die hij gaat zien, zich kan voorbereiden door bestudering van het dossier en zich eventueel kan inlezen in de literatuur over het soort problematiek en het specifieke delict van de patiënt.

Tijdsduur

Maximaal 6 uur.



Werkwijze

In de eerste fase van de delictanalyse bereidt de delictanalist zich voor op de contacten die hij gaat hebben met de patiënt. Hiervoor neemt hij het dossier van de patiënt door dat (*indien beschikbaar*) in ieder geval bevat²: het proces-verbaal, een psychodiagnostisch rapport, het Pro-Justitia rapport (dan wel PBC-rapport) en de risicotaxatie. Indien voorhanden kan ook informatie uit de PCL-R afname, een seksuele anamnese, een middelenanalyse, een reclasseringsrapportage en een (hetero)anamnese worden gebruikt. Tijdens het lezen van het dossier is het raadzaam om een kort document bij te houden voor persoonlijk gebruik tijdens de sessies. Hierin kunnen thema's kort worden vastgelegd, waarvan de delictanalist het idee heeft dat deze van belang zullen zijn. De delictanalist zal in deze fase automatisch voorlopige hypothesen opmaken over het gepleegde delict en de factoren die daarop van invloed waren, maar hij probeert de informatie zo objectief mogelijk te lezen en te verwerken. Eventuele hypothesen worden pas in een latere fase uitgewerkt. Sommige delictanalisten zullen een voorkeur hebben om de patiënt eerst te ontmoeten en hem uitleg te geven over het doel en de werkwijze van de delictanalyse, alvorens hij het dossier leest. Hoewel de richtlijn beschrijft dat de kennismaking in fase twee plaatsvindt, is het aan de professional te overwegen wat voor hem en de patiënt het meest passend is.

Dilemma's/valkuilen in deze fase

De voorlopige hypothesevorming van de delictanalist is in deze fase onvermijdelijk te noemen. De delictanalist zal gezien zijn kennis en ervaring eerste aannames vormen op basis van het dossier. Valkuil hierbij is dat hij in latere contacten met de patiënt op zoek gaat naar informatie die zijn hypothese zal bevestigen en niet of te weinig naar informatie zoekt die de hypothese zou kunnen verwerpen. Dit wordt ook wel "confirmation bias" genoemd en behelst "de tendens om zodanig informatie selectief te verzamelen en te verwerken, dat het past bij de bestaande overtuigingen, verwachtingen of hypothesen" (Kerstholt, Eikelboom, Dijkman, Stoel, Hermsen, & Van Leuven, 2010, p. 138) en het negeren, verwerpen of selectief herinterpreteren van bewijs dat de hypothesen tegenspreekt (Lilienfeld, Ammirati, & Landfield, 2009). Om deze bias te voorkomen kan de professional een aantal stappen volgen. Allereerst dient de professional zich bewust te zijn van het bestaan van de confirmation bias. Hij gaat niet enkel op zoek naar informatie die zijn hypothese bevestigt, maar vergaart evenwel actief informatie die zijn hypothese tegenspreekt (Lilienfeld e.a., 2009). Tot slot wordt aanbevolen om de hypothese te delen met andere professionals, om mogelijke andere inzichten te kunnen includeren.

² Niet in alle instellingen en bij alle casussen zullen deze documenten voorhanden zijn. De beschreven documenten betreffen de voorkeur; de praktijk zal in een aantal gevallen weerbarstiger zijn.



Resultaat

De delictanalist heeft een eerste beeld van de patiënt en zijn problematiek gevormd en is voorbereid op de kennismaking met de patiënt.

Fase 2: kennismaking en start werkrelatie

Doel

Waar in de eerste fase de delictanalist zich voorbereidt op de delictanalyse, wordt in de tweede fase de patiënt voorbereid op de delictanalyse. Tevens zal in deze fase de werkrelatie geïnitieerd worden en ontstaat een beeld van de levensgeschiedenis van de patiënt.

Tijdsduur

2 tot 3 sessies.

Werkwijze

In fase 2 vindt het eerste contact met de patiënt plaats. De delictanalist bespreekt in deze fase het doel van de delictanalyse. Hij maakt duidelijk dat de delictanalyse een proces is dat gezamenlijk met de patiënt doorlopen zal worden: zijn inbreng en medewerking zijn van groot belang voor hemzelf en voor de delictanalyse. Zowel de visie van de patiënt zal in het rapport worden opgenomen als een eventuele afwijkende visie van de delictanalist. Hierbij wordt eveneens uitgelegd dat de delictanalist klinische interpretaties zal opnemen in het rapport. Dit laatste wordt in deze fase duidelijk uitgelegd, zodat de patiënt hierdoor niet verrast wordt bij de rapportage. Tevens geeft de delictanalist aan dat de patiënt gedurende de delictanalyse over zijn delict zal moeten praten. Hierbij is aandacht voor de gevoelens en gedachten van de patiënt: wat vindt hij hiervan? Voorziet hij hierin moeilijkheden? De delictanalist probeert zo niet enkel de patiënt voor te bereiden, maar ook een beeld te krijgen van de mogelijke barrières die hij gaat tegenkomen tijdens de delictanalyse met deze patiënt.

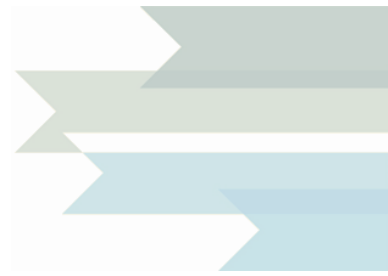
Mogelijke gebieden waarin barrières kunnen optreden worden geformuleerd in het Barriers to Change Model (BCM; Burrowes & Needs, 2009). Binnen het BCM worden er tien barrières onderscheiden die mogelijk een obstakel kunnen vormen voor de bereidheid van patiënten om hun gedrag te veranderen. Hoewel deze barrières primair zijn vastgesteld voor behandelinterventies, zijn ze vertaalbaar naar de delictanalyse en kunnen ze een handvat vormen voor het bespreken en beïnvloeden van deze barrières. De barrières die genoemd worden, zijn: 1) Patiënt heeft zelf tegenovergestelde doelen (bijvoorbeeld het behoud van status ten opzichte van vrienden) of vindt dat andere doelen volgens hem meer prioriteit hebben; 2) De patiënt ziet zelf niet in waarom zijn delictgedrag problematisch is en ziet daarom ook niet in



waarom hij dit gedrag zou moeten veranderen (en ook dus niet waarom hij zou meewerken aan een delictanalyse); 3) Patiënt ziet zichzelf niet als verantwoordelijke als het gaat om het veranderen van zijn gedrag, omdat hij zichzelf bijvoorbeeld ziet als slachtoffer van zijn opvoeding; 4) Patiënt heeft het idee dat stoppen met zijn delictgedrag hem meer 'kost' (bijvoorbeeld stoppen met drugs, verliezen van aanzien bij vrienden) dan 'oplevert' (bijvoorbeeld een verhoogde kans op een baan in de toekomst); 5) Patiënt staat wel open voor verandering, maar ziet de noodzaak niet om dat nu al te doen; 6) Patiënt denkt dat hij niet in staat is tot gedragsverandering, omdat hij denkt niet over de benodigde mogelijkheden/vaardigheden te beschikken; 7) Patiënt denkt dat hij een eventuele gedragsverandering in de toekomst toch niet zou kunnen volhouden; 8) Patiënt staat in principe wel open voor gedragsverandering, maar ziet deelname aan een delictanalyse niet zitten, omdat hij denkt dat dit hem teveel 'kost' (omdat hij bijvoorbeeld niet met vreemden of in een groep over zijn delict wil praten); 9) Patiënt denkt dat de interventie die hem wordt aangeboden niet bij hem past of niet effectief voor hem zal zijn; 10) Patiënt staat open voor verandering van zijn delictgedrag, maar beschikt niet over de benodigde fysieke, cognitieve en/of intellectuele capaciteiten. De delictanalist bespreekt met de patiënt de barrières en hoe zij hiermee om zullen gaan. Hij probeert de patiënt te motiveren en zodoende de barrières zoveel mogelijk weg te nemen. De delictanalist bereidt de patiënt ook voor op de confrontaties in de toetsingsfase van het delictscenario. Hij geeft hierbij aan dat de informatie van de patiënt vergeleken zal worden met de dossierinformatie. Spreek hierbij ook over mogelijke barrières: hoe denkt de patiënt dat hij hiermee om zal gaan? Wat gebeurt er als informatie niet overeenkomt?

Wanneer het doel van de delictanalyse duidelijk is voor de patiënt, vraagt de delictanalist vervolgens wat zijn persoonlijke doelen in de context van de delictanalyse zijn. Uit onderzoek van Finn en Tonsager (2002) blijkt namelijk dat patiënten resultaten eerder aannemen wanneer deze gekoppeld zijn aan persoonlijke doelen. Wanneer patiënten aan het begin van het onderzoek gevraagd werden om vragen over zichzelf op te stellen die hij graag zou willen exploreren, bleken deze vragen kanalen te zijn waardoor informatie gepresenteerd kon worden die de patiënt anders moeilijk had gevonden om te horen. Wanneer deze gevoelige informatie gekoppeld werd aan persoonlijke doelen, werd het eerder aangenomen en werden daarna ook grotere veranderingen gerealiseerd. Dit bleek eveneens te werken voor patiënten die tegen hun wil in getest werden, zoals bij forensische onderzoeken.

Tijdens de kennismakingsfase wordt ook de levensgeschiedenis van de patiënt doorgenomen. Aan de hand van de geschiedenis kan het (probleem)gedrag in veel gevallen begrepen worden. Hiernaast is het bespreken van de levensgeschiedenis voor een patiënt vaak een veiliger onderwerp dan het (in detail) bespreken van het delict. Op deze wijze kan een veilige werkrelatie gecreëerd worden die het fundament vormt voor de volgende fases van de delictanalyse. Een manier waarop de geschiedenis uitgevraagd kan worden, is met behulp van een tijdlijn. Hierop kan eveneens de delictperiode van het indexdelict worden



aangegeven en eventuele overig gepleegde delicten, zonder dat de precieze gedragingen horend bij deze delicten worden uitgevraagd. Na het uitvragen hiervan heeft de delictanalist een (globaal) beeld van de levensgeschiedenis van de patiënt. In veel gevallen zal vanuit het dossier en/of diagnostiek deze informatie al voorhanden zijn. De delictanalist kan in samenspraak met de patiënt ervoor kiezen om deze informatie direct te presenteren aan de patiënt en hierna met hem verder ingaan op mogelijke onduidelijkheden, of hij kan ervoor kiezen om de geschiedenis opnieuw door te nemen. De afweging die de delictanalist hierbij maakt, is welke optie de werkrelatie in positieve zin bevordert en/of het barrières (deels) wegneemt.

Optionele praktijkopdracht

Ter voorbereiding op de volgende fase (delictscenario) kan de delictanalist overwegen om de patiënt als praktijkopdracht mee te geven om op papier te zetten hoe het delict volgens hem verlopen is. Op deze wijze kan de patiënt op zijn eigen tempo vast stilstaan bij het delict en is hij voorbereid op het spreken over een onderwerp dat mogelijk moeilijk is voor hem.

Dilemma's/valkuilen in deze fase

De delictanalist kan in deze fase moeilijkheden ondervinden met betrekking tot de beoordeling of de patiënt klaar is om over zijn delict te spreken. Om deze beoordeling te maken, vraagt de delictanalist zich af of de patiënt gemotiveerd genoeg is, er geen grote barrières meer zijn om de volgende fase in te gaan en of de patiënt zich voldoende in staat voelt om over het delict te spreken en of duidelijk is voor de delictanalist hoe hij hierin ondersteunend kan zijn.

Een valkuil in deze fase ligt bij het uitvragen van de levensgeschiedenis van de patiënt. Het is hier van belang dat de delictanalist zoveel informatie als nodig voor de delictanalyse verzamelt, maar voorkomt dat hij te diep in de materie duikt om zo de gehele geschiedenis te begrijpen. Hoewel ongetwijfeld uitermate belangrijk voor interventies met andere doeleinden, wordt er tijdens de delictanalyse genoeg genomen met een voldoende gedetailleerd, maar ook globaal overzicht van de levensgeschiedenis. De focus ligt immers op het verkrijgen van zicht op de delictdynamiek.

Resultaat

Er is een begin gemaakt met de werkrelatie en de patiënt is in staat en bereid om in de volgende fase te spreken over het delict. Tevens kent de patiënt de doelen en de werkwijze van de delictanalyse en heeft hij het doel van de delictanalyse gekoppeld aan zijn persoonlijke doelen. Eventueel toekomstige barrières voor de delictanalyse zijn in kaart gebracht.



Fase 3: delictscenario

Doel

De delictanalist heeft zicht op het perspectief van patiënt op het gepleegde delict, stelt vast en bespreekt met de patiënt eventuele incongruenties in vergelijking met dossierinformatie en integreert daar waar mogelijk beide informatiestromen tot één delictscenario.

Tijdsduur

2 tot 3 sessies.

Werkwijze

Het delictscenario wordt gedefinieerd als “de weergave van de cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren gedurende de tijd voor, tijdens en na het plegen van het delict”. Het delictscenario geeft het delict zo veel mogelijk verhalend en feitelijk weer. Het opstellen ervan is opgedeeld in twee stappen. Tijdens de eerste stap zal het perspectief van de patiënt op het gepleegde delict worden besproken. In de tweede stap zal de dossierinformatie worden geïncorporeerd en zal de patiënt, indien nodig, worden geconfronteerd met incongruenties. Voorafgaand aan stap één maakt de delictanalist aan de patiënt duidelijk dat er geen sprake is van waarheidsbevinding in engere zin (de delictanalist is niet aan het onderzoeken), maar dat de delictanalist vragen stelt ter verdieping. Hij wil het verhaal van de patiënt begrijpen en verduidelijken om het delict op een juiste manier in kaart te brengen. Hierbij wordt wel gezocht naar ‘de waarheid’, maar is de delictanalist niet gericht op het ontmaskeren van de patiënt.

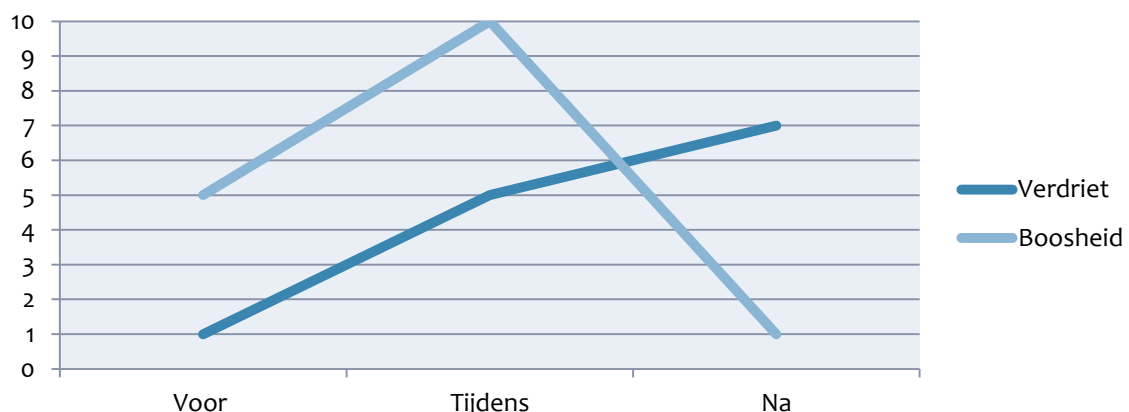
Stap 1

In stap één wordt nagegaan hoe volgens de patiënt het gepleegde delict heeft plaatsgevonden. Hierbij wordt de patiënt aangemoedigd door de delictanalist om het delict te vertellen als ware het een scenario van een film. De patiënt beschrijft de periode voorafgaand aan het delict, het plegen van het delict en de periode na het plegen van het delict. Een precieze tijdsperiode is hierin niet te noemen, zodat de delictanalist de ruimte heeft het delictscenario aan te kunnen passen aan de individuele patiënt. De delictanalist geeft op basis van zijn kennis en de informatie verkregen uit het dossier aan welke tijdsperiode van toepassing is op het delict van deze patiënt. Hoewel de informatie uit het dossier voor de delictanalist in deze stap wel bekend is bij de delictanalist, wordt deze informatie in deze stap nog niet besproken.

Een probleem dat zich in deze fase voor kan doen, is dat de patiënt niet voldoende in staat is om gedetailleerd over zijn delict te spreken. Gevolg hiervan is dat het delictscenario oppervlakkig blijft, dan wel weinig informatief is. Hiervoor kunnen verschillende oorzaken worden genoemd; het delict kan bijvoorbeeld ruime tijd geleden zijn gepleegd, waardoor details lastig zijn op te halen uit het geheugen of



de patiënt schaamt zich om over het delict te spreken. Indien de patiënt het moeilijk vindt om over het delict te vertellen, worden helpende vragen gesteld: Waar was je? Wat zag je om je heen? Wat deed je? Ook blijkt het uit praktijkervaringen veelal helpend te zijn als de patiënt het delict in de tegenwoordige tijd benoemt. Op deze manier blijken gevoelens en gedachten soms gemakkelijker terug te halen. Indien gezien wordt dat de patiënt door het spreken in de tegenwoordige tijd en in de ik-vorm overspoeld raakt door emoties en/of dissocieert, kan gekozen worden om het delict te laten vertellen in de verleden tijd en in de derde persoon. Het kan eveneens helpen om het delict aan de hand van een G-schema (de 5 G's; Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag, Gevolgen) door te spreken. Hierdoor wordt structuur geboden aan de patiënt, waardoor de complexe situatie beter te overzien is. Om het verloop van verschillende gedachten en gevoelens te bespreken kan het van pas komen om een grafiek op te stellen (zie figuur 4) waarin de gevoelens/emoties uiteengezet worden tegenover de sterkte van de gevoelens/emoties en de tijd. Per tijdstip kunnen de gedachten geformuleerd worden die op dat moment een rol speelden.



Figuur 4: Voorbeeld van een grafiek om het verloop van bepaalde gedachten en gevoelens te visualiseren. Op de y-as wordt de sterkte van de emoties en gevoelens (0-10) aangegeven; op de x-as wordt verloop van tijd ten opzichte van het gepleegde delict uiteengezet.

Stap 2

In de tweede stap van het delictscenario worden de verschillen en overeenkomsten tussen het delictscenario van de patiënt en de informatie uit het dossier besproken. De delictanalist confronteert de patiënt met eventuele inconsistenties en hiaten. Hierbij wordt nagegaan hoe deze zijn ontstaan en hoe de delictanalist en de patiënt de komende sessies over de inconsistenties kunnen spreken. Hierbij kan worden teruggegrepen op fase één, waarin is besproken met de patiënt dat er mogelijk incongruenties kunnen ontstaan. Tijdens de barrièreanalyse in fase één is eveneens geëxploreerd hoe hiermee kan worden omgegaan.

Hoewel het bereiken van volledige consensus gedurende het proces van de delictanalyse wellicht



niet altijd realistisch is, wordt er wel naar gestreefd om zoveel mogelijk tot consensus te komen. Om deze consensus te realiseren, wordt de informatie die overeenstemt met het verhaal van de patiënt als eerst verstrekt. Volgens Finn en Tonsager (1997) wordt er op deze manier rekening gehouden met het verlangen naar bevestiging van de manier waarop wij onszelf en de wereld om ons heen zien (“self-verification”). Nadat de overeenstemmende informatie verstrekt is, kan geprobeerd worden om nieuwe informatie te integreren in het bestaande beeld van de patiënt zelf. Deze informatie wordt in deze volgorde makkelijker aangenomen. Hierbij wordt echter opgemerkt dat er ruimte moet blijven voor ‘agree to disagree’, wat door beide partijen duidelijk onderschreven moet worden. Verschillen in visie worden duidelijk gerapporteerd.

Delictscenario

Vanuit beide stappen is een beeld ontstaan over het verloop van het plegen van het delict en de context waarbinnen dit delict gepleegd is. Dit beeld wordt kort verhalend (als zijnde een scenario) opgeschreven door de delictanalist; te denken valt aan een stuk van maximaal 700 woorden. De beide verhalen worden zoveel mogelijk geïntegreerd met elkaar. Op vlakken waar dit niet mogelijk is, wordt duidelijk aangegeven dat er een discrepantie bestaat tussen het dossier en het verhaal van de patiënt, zonder hierbij een waardeoordeel te vellen: de delictanalyse heeft immers niet waarheidsbevinding als primair doel. De delictanalist kan kiezen om in het scenario de discrepantie te noemen of, indien grote gedeelten van de scenario’s van elkaar afwijken, twee aparte delictscenario’s op te stellen.

Dilemma’s/valkuilen in deze fase

In deze fase is het mogelijk dat de in de eerdere fase geïnitieerde werkrelatie verstoord wordt: de delictanalist confronteert de patiënt met informatie die hij in sommige gevallen anders heeft ervaren of niet heeft herkend. De delictanalist moet zich realiseren dat deze fase voor de patiënt als lastig ervaren kan worden waardoor weerstand kan ontstaan. Ook voor de delictanalist ligt hier een risico: zijn eigen ervaringen en gevoelens kunnen door de ontkenning en/of weerstand tot uiting komen. Het is aan de professional om hier op een constructieve wijze mee om te gaan, zodat de volgende fases doorlopen kunnen worden. Wanneer er geen consensus tussen het verhaal van de patiënt en de dossierinformatie bereikt kan worden voor het delictscenario, kunnen er moeilijkheden ontstaan voor het verdere verloop van de delictanalyse. Het is de taak van de delictanalist om af te spreken met de patiënt hoe hier in de komende fases mee omgegaan zal worden. Het is belangrijk dat voor de patiënt duidelijk is dat beide informatiestromen gebruikt zullen worden voor het eindrapport, zodat hij niet verrast wordt wanneer het eindrapport teruggekoppeld wordt (fase zeven).

Een valkuil in deze fase is dat de delictanalist de neiging kan krijgen om therapeutische interventies in te zetten. Het is waarschijnlijk dat de delictanalist in deze fase meer zicht krijgt op de problematiek: de



delictanalist hoort bijvoorbeeld verschillende denkfouten. De delictanalyse is echter niet gericht op het interveniëren op deze denkfouten of op het bewerkstelligen van gedragsveranderingen; latere behandeling zal hierop uitgezet worden. De delictanalist moet hierbij voor ogen houden dat de delictanalyse gericht is op het in kaart brengen van het delict en niet op het uitvoeren van interventies ten behoeve van (gedrags)veranderingen.

Resultaat

Een concrete weergave van het delict in de vorm van een verhaal waarbij de periode voor, tijdens en na het delict beschreven wordt, waarin zowel de visie van de patiënt als de informatie uit het dossier geïncorporeerd is.

Fase 4: functie- en/of betekenisanalyse(s)

Doel

Het opstellen van (een) functie- en/of betekenisanalyse(s) met als doel verschillende (problematische) gedragingen van de patiënt te verklaren. Zowel de patiënt als de delictanalist krijgt zicht op het probleemgedrag, de context waarbinnen dit gedrag plaats vindt, bekrachtigers van het probleemgedrag en eventuele disfunctionele emotionele reacties.

Tijdsduur

2 sessies.

Werkwijze

In fase vier worden functie- en/of betekenisanalyse(s) opgesteld ten aanzien van het indexdelict. Deze analyses, beide ontleend uit de cognitieve gedragstherapie, zijn effectieve methoden die helpen bij het verklaren van gedragingen. Hoewel door sommigen aangegeven wordt dat de functie- en betekenisanalyses pas opgesteld kunnen worden op het moment dat de psycholoog een holistische theorie gevormd heeft over de problematiek (o.a. Sprey, 2004), zal in deze richtlijn de functie- en betekenisanalyses ingezet worden om later een holistische theorie op te stellen. Hierbij wordt de geïntegreerde cognitieve gedragstherapie zoals beschreven door Korrelboom en Ten Broeke (2008) gevolgd, waarin wordt beschreven dat de functie- en betekenisanalyses vallen binnen de diagnostische fase. Ook in andere publicaties wordt deze werkwijze genoemd, bijvoorbeeld door Huys en Callens (2011) en Pronk (2014). Zowel de functie- als de betekenisanalyse worden in deze werkwijze gezien als hypothetische verklaringen voor de dynamiek achter probleemgedrag. Met deze modellen is het mogelijk om gericht hypothesen op te stellen die het delictgedrag kunnen verklaren. De vermoedelijke mechanismen

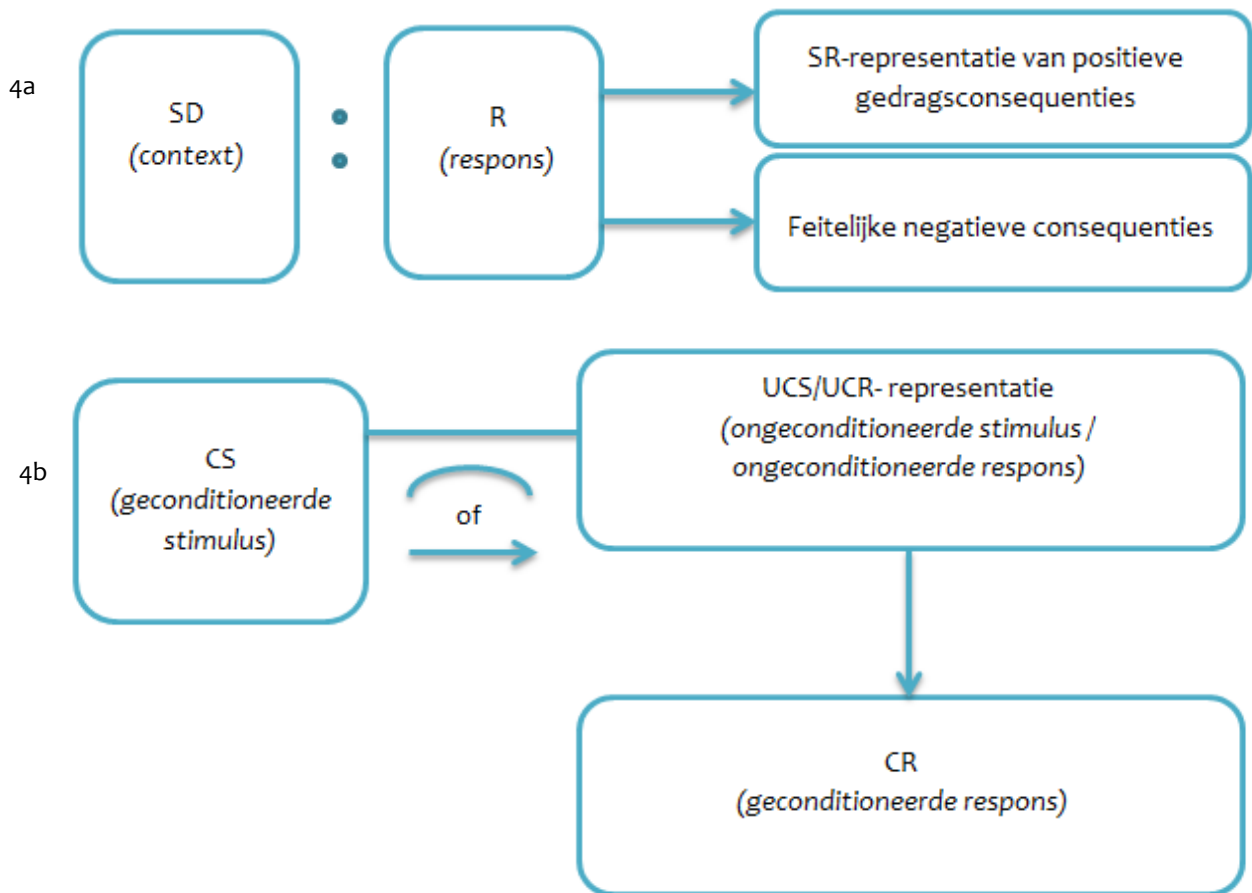


achter het gepleegde delict worden blootgelegd, waardoor duidelijk wordt waar verdere behandeling op moet worden ingezet om uiteindelijk de kans op recidive te verminderen (Korrelboom & Ten Broeke, 2008).

De invalshoeken van de analyses verschillen van elkaar: de functieanalyse gaat uit van het operante leerparadigma, terwijl de betekenisanalyse uitgaat van het klassieke leerparadigma. In andere woorden betekent dit dat de functieanalyse “[...] een verklarende hypothese [is] over de factoren die problematisch gedrag in stand houden. Die verklaring wordt gezocht in de cognitieve representaties van positieve consequenties die, althans in de beleving van de patiënt, zijn verbonden aan dat problematische gedrag” (Korrelboom & Ten Broeke, 2014, p.74). Bij positieve consequenties moet ook gedacht worden aan het verminderen van een negatieve consequentie en het uitblijven van een negatieve consequentie (bijvoorbeeld vermijding). De betekenisanalyse “geeft aan hoe het waarnemen van een bepaalde situatie of gebeurtenis zodanig kennis activeert over andere gebeurtenissen en situaties, dat deze geactiveerde kennis leidt tot een niet bij de oorspronkelijke situatie passende, emotionele reactie” (Korrelboom & Ten Broeke, 2008, p.245) en belicht dus meer de veronderstelde associaties die disfunctionele emoties oproepen. Er bestaan verschillende visuele weergaven van de functie- en betekenisanalyse. Een voorbeeld hiervan wordt gepresenteerd in figuur 5. Voor de precieze wijze van opstellen van een functie- of betekenisanalyse wordt verwezen naar het handboek van Korrelboom en Ten Broeke (2008). In dit boek wordt voor beide analyses een stappenplan beschreven die de professional kan volgen.

De functie- en betekenisanalyses vormen een essentieel onderdeel van de delictanalyse, maar zij vormen niet de gehele delictanalyse. Functie- en betekenisanalyses geven zicht op afzonderlijke (problematische) gedragingen. Om het totale delictgedrag te verklaren zullen vaak meerdere functie- en/of betekenisanalyses geformuleerd moeten worden. Bovendien kan voor hetzelfde gedrag in sommige gevallen zowel een verklaring op basis van verwachte consequenties (functieanalyse) geformuleerd worden, als ook een verklaring op basis van disfunctionele emotionele reacties door aangeleerde associaties (betekenisanalyse). De delictanalyse onderscheidt zich van de functie- en betekenisanalyse doordat in de delicttheorie voortkomend uit de delictanalyse een verklaring wordt geformuleerd van het gehele delictgedrag en de daarmee samenhangende problematische gedragingen (die eveneens door middel van de functie- en betekenisanalyse in beeld gebracht kunnen worden). De delicttheorie kan gezien worden als een samenvatting van alle functie- en/of betekenisanalyses met daarbij inbegrepen de overige informatie vergaard uit de andere fases.

De functie- en/of betekenisanalyse(s) kunnen in samenwerking met de patiënt opgesteld worden, mits het cognitief vermogen en het zelfinzicht voldoende toereikend zijn. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de visuele weergaven. De delictanalist loopt het gehele proces van opstellen van de functie- en/of betekenisanalyse(s) gezamenlijk door met de patiënt, zodat het voor de patiënt inzichtelijk blijft/



Figuur 5: Voorbeeld van een visuele weergave van de functieanalyse (figuur 5a) en de betekenisanalyse (figuur 5b). Ontleend aan Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2008). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum, Nederland: Coutinho.

wordt waar de analyse(s) op gebaseerd is/zijn. Indien de delictanalist eigen functie- en/of betekenisanalyse(s) opgesteld heeft zonder directe medewerking van de patiënt, legt de delictanalist uit hoe hij tot de hypothese(s) is gekomen. Net als in fase drie dient hierbij rekening te worden gehouden met de volgorde van presentatie van informatie.

Om zoveel mogelijk consensus te realiseren, wordt de informatie die overeenstemt met het beeld van de patiënt wederom eerst gepresenteerd, waarna geprobeerd kan worden om afwijkende informatie te integreren (Finn & Tonsager, 1997). De delictanalist gaat vervolgens na wat de patiënt ervan vindt: herkent hij zichzelf en zijn problematiek hierin? Zou hij dingen aanpassen? Zou de weging van de patiënt ten aanzien van de onderliggende factoren anders zijn? Wat ontbreekt eraan? Wanneer er geen overeenstemming is tussen de visie van patiënt en de visie van de delictanalist, worden van beide visies functie- en/of betekenisanalyse(s) opgesteld.



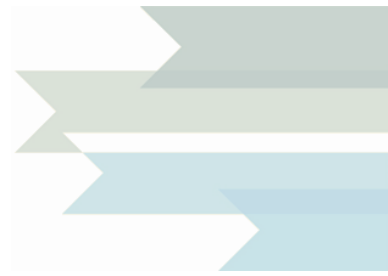
Houding delictanalist

De delictanalist heeft tijdens deze fase een onderzoekende rol, waarbij hij zoveel mogelijk relevante informatie probeert in te winnen om uiteindelijk functie- en/of betekenisanalyse(s) te kunnen opstellen. Een theorie die aanwijzingen geeft hoe deze onderzoekende houding ingevuld kan worden, is het Shared Decision Model (SDM). Dit is een benadering die belang hecht aan een goede relatie tussen patiënt en zorgverlener en aan de autonomie en voorkeuren van de patiënt (Godolphin, 2009). Het SDM ziet een ontmoeting tussen een professional en een patiënt als twee experts die samenkomen: de professional heeft expertise op het gebied van bijvoorbeeld het behandelen van psychische stoornissen, terwijl de patiënt expert is op het gebied van zijn eigen leven en ervaringen. Startpunt van deze fase is dan ook nagaan bij de patiënt wat hij zelf ziet als factoren die een rol hebben gespeeld bij de aanloop naar het delict. Welke factoren moeten er volgens hem besproken worden om de totstandkoming van het delict te begrijpen? Hierdoor komt het initiatief vanuit de patiënt, voelt hij zich betrokken bij de procedure en levert dit relevante informatie op voor de delictanalist. Het SDM volgend, kan de delictanalist hierna vanuit zijn expertise, aanvullende informatie verzamelen en zelf factoren uitlichten.

Factoren waar de delictanalist in ieder geval aan hoort te denken, worden genoemd in het biopsychosociaal model. Dit model bekijkt een persoon vanuit zowel biologisch perspectief, als vanuit psychologisch en sociaal perspectief. Het tracht een individu als geheel te zien, waarin biologische, psychologische en sociale aspecten met elkaar interacteren (EFP, 2014a). Een ander model dat hiervoor op enkele plekken gebruikt wordt in de forensisch psychiatrische zorg, is het 4-factorenmodel. Dit model beslaat de factoren 1) persoonlijkheid en psychiatrisch toestandsbeeld; 2) situationele factoren; 3) maatschappelijke inbedding; en 4) vaardigheden. Het idee achter het 4-factorenmodel is dat delictgevaarlijkheid door meerdere factoren bepaald wordt en dat deze factoren samen hangen. Door deze interactie zullen veranderingen in één factor, ook invloed hebben op andere factoren (De Haas, 1994).

Dilemma's/valkuilen in deze fase

De uitdaging van de delictanalist in deze fase is het bepalen van het moment waarop hij voldoende informatie heeft om de functie- en/of betekenisanalyse(s) op te stellen en verder te gaan naar fase vijf. Hij moet op zoek naar balans in informatievergaring. Te diep ingaan op de factoren leidt tot een te lang proces, te weinig ingaan op de factoren leidt tot onvolledige en mogelijk foutieve hypotheses. Om te bepalen of de delictanalist voldoende informatie heeft vergaard, zijn de vragen die opgesteld zijn door Korrelboom en Ten Broeke (2008) helpend. Zij hebben deze vragen geformuleerd om 'doordiagnosticeren' (gedefinieerd op pagina 243 als "diagnostiek om de diagnostiek waarbij de uitvoering van interventies uit het oog worden verloren") te voorkomen. De hoofdvraag om doordiagnosticeren te voorkomen luidt: 'kan ik al interveniëren?' Hoewel het proces van delictanalyse niet gericht is op behandelinterventies, biedt deze



vraag wel informatie en houvast voor de delictanalist. Indien de delictanalist, hypothetisch, de juiste behandelinterventies zou kunnen gaan inzetten en een gedegen behandelplan zou kunnen formuleren, heeft hij voldoende informatie verzameld en kan fase vijf worden ingezet. Indien hij dit nog niet zou kunnen, moet de delictanalist zich afvragen welke informatie hij nog nodig heeft en waarom deze informatie zo belangrijk is om te weten. Consultatie van collega's kan hierbij helpend zijn.

Een andere valkuil van deze fase is dat er tijdens de toetsing van de opgestelde functie- en/of betekenisanalyses verschil in mening is en dat de delictanalist in reactie hierop zijn eigen visie uit het oog verliest. De delictanalist neemt de visie van de patiënt mee, maar hoeft de functie- en/of betekenisanalyse(s) niet aan te passen wanneer de patiënt het niet eens is met de opgestelde hypothesen. Mocht er tussen de delictanalist en de patiënt geen enkele overeenstemming zijn, is het goed om een aparte functie- en/of betekenisanalyse op te stellen die enkel gebaseerd is op de visie van de patiënt. Deze visie wordt opgenomen in het eindrapport, naast de opgestelde analyses die de visie van de delictanalist volgen. Hierbij wordt duidelijk vermeld waarom de patiënt het niet eens is met de andere analyses.

Resultaat

Functie- en/of betekenisanalyse(s) die de dynamiek tussen verschillende factoren en het delict in kaart brengt. Naast een beschrijving zal een visuele weergave van de functie- en/of betekenisanalyse(s) de communicatie met de patiënt bevorderen en de kans dat hij deze begrijpt vergroten.

Fase 5: toetsing indexdelict aan andere delicten

Noot: Indien blijkt dat de patiënt geen andere delicten heeft gepleegd dan het indexdelict, kan fase vijf overgeslagen worden. Wanneer patiënt meerdere delicten van hetzelfde type heeft gepleegd (bijvoorbeeld meerdere kleine diefstallen of meerdere malen betrokken bij vechtpartijen), dan verdient bespreking van het meest recent gepleegde delict (als zijnde representatief voor alle soortgelijke andere delicten) de voorkeur.

Doel

Zicht krijgen op de dynamiek van (eventuele) andere delict(typ)en. Relevante patronen in delictgedrag en samenhang met het indexdelict worden geïdentificeerd.

Tijdsduur

1 tot 2 sessies (afhankelijk van het aantal delicten naast het indexdelict).



Werkwijze

Zodra er zicht is op de dynamiek van het indexdelict aan de hand van de functie- en of betekenisanalyse(s), kan er gekeken worden naar de overeenkomsten en verschillen met mogelijke andere gepleegde delicten. Hiervoor wordt fase drie (opstellen van het delictscenario) herhaald. Veelal kunnen de overige delicten beknopter worden besproken dan het indexdelict. De delictanalist maakt hier een inschatting van. Hij bespreekt de overeenkomsten en verschillen tussen de diverse delicten met de patiënt. Indien de vermogens van de patiënt dit toelaten, worden samen met de patiënt functie- en/of betekenisanalyse(s) opgesteld. Hiermee wordt fase vier herhaald. De opgestelde functie- en/of betekenisanalyses in deze fase worden vergeleken met de analyses uit fase vier. Samen vormen zij de kern voor de delicttheorie, die opgesteld wordt in fase zes.

Wanneer de andere gepleegde delicten sterk van aard van elkaar verschillen (bijvoorbeeld wanneer het indexdelict een zedendelict betreft en een eerder delict een gewapende overval was), kan deze fase meer tijd in beslag nemen dan beschreven is in de richtlijn.

Dilemma's/valkuilen in deze fase

In de forensische praktijk komt het geregeld voor dat patiënten wel over het indexdelict spreken, maar niet over eventueel andere gepleegde delicten. De delictanalist kan in deze situatie nogmaals het doel van de delictanalyse aangeven en vertellen wat het belang is van een juist opgestelde delictanalyse (inclusief zicht op patronen in delicten). Ook kan er aandacht besteed worden aan de barrières die de patiënt voelt om over andere delicten te spreken. Aan de hand van deze bespreking kan de patiënt mogelijk gemotiveerd raken om toch mee te werken. Mocht de patiënt ondanks deze pogingen niet willen meewerken aan deze fase, dan zal de delictanalist dit moeten respecteren en als alternatief dossierinformatie over andere delicten moeten gebruiken bij de delictanalyse. Dit moet in deze situatie duidelijk medegedeeld worden aan de patiënt.

Indien de gepleegde delicten sterke overeenkomsten met elkaar vertonen, dient de delictanalist zich ervan bewust te zijn dat de mogelijkheid bestaat dat er zal worden doorgediagnosticeerd (zie fase vier voor uitleg en het voorkomen hiervan).

Resultaat

Een visuele weergave van overige delicten in de vorm van functie- en/of betekenisanalyse(s).



Fase 6: opstellen delicttheorie en rapportage

Doel

Het opstellen van een delicttheorie over de samenhang van verschillende factoren die bij hebben gedragen aan het ontstaan en eventueel het in standhouden van gedragingen behorende bij het indexdelict en de patronen in (eventuele) andere gepleegde delicten, weergegeven in een rapport.

Tijdsduur

Maximaal 4 uur.

Werkwijze

De delicttheorie is een van de belangrijkste onderdelen van het rapport. Alle informatie wordt hiervoor gebundeld waarna onderlinge (causale) verbanden kunnen worden beschreven. Het opstellen van de uiteindelijke delicttheorie is een lastige, veelal tijdrovende klus. De kennis en expertise van de delictanalist speelt hierbij een grote rol. De delictanalist dient alle gespreksaantekeningen gelezen te hebben en de informatie uit alle bronnen (rapportages, observaties, etc.) te kennen, waarna hij de informatie moet gaan wegen om zo een hypothetische theorie over de samenhang van alle factoren die hebben bijgedragen aan het gepleegde delict op te stellen. Hierbij geven de eerder opgestelde functie- en betekenisanalyses belangrijke input. In de delicttheorie wordt opgenomen welke factoren in de levensgeschiedenis van belang waren, evenals de risicofactoren en beschermende factoren die voorafgaand aan het delict een rol speelden. De risicotaxatie (inclusief beschermende factoren) kan hierbij een belangrijke rol spelen evenals de kennis van de delictanalist over risico- en beschermende factoren die mogelijk niet naar voren zijn gekomen in de risicotaxatie. Hierna volgt een uitleg hoe deze factoren zich verhielden tot het indexdelict, wat voor de patiënt de negatieve en positieve effecten waren van het delictgedrag en worden patronen in delictpleging nader toegelicht. Belangrijk hierbij is dat de delictanalist onderbouwt waarom hij bepaalde keuzes maakt. In de delicttheorie wordt het onderscheid tussen biologische, sociologische en psychologische factoren duidelijk gemaakt.

Om de besluitvorming rondom de oorzaak-gevolgrelaties tussen de verschillende factoren enigszins te objectiveren, kan er gebruik worden gemaakt van het causaliteitsconcept. In het kader van gedragsdiagnostiek worden er vier kenmerken omschreven waaraan voldaan moet zijn bij het trekken van een causale conclusie (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007; Haynes, O'Brien, & Richard, 1996). Allereerst dient er sprake te zijn van een betrouwbare covariatie; de aan- of afwezigheid van een oorzaak impliceert de aan- of afwezigheid van een gevolg. Ten tweede dient de oorzaak in tijd vooraf te gaan aan het gevolg. Als derde kenmerk wordt genoemd dat alternatieve verklaringen voor het waargenomen verband op redelijkerwijze kunnen worden uitgesloten. Ten slotte dient het geobserveerde verband tussen twee



variabelen ook een logisch verband te zijn.

In het rapport worden naast de delicttheorie de verschillende producten voortvloeiend uit de verschillende fases opgenomen. Zo wordt het delictscenario beschreven, evenals de verschillende functien/of betekenisanalyses. Hiernaast wordt een reflectie van de delictanalist op het doorgemaakte proces weergegeven, waarin duidelijk wordt in welke mate de patiënt meegewerkt heeft aan de delictanalyse en wat volgens de delictanalist opvallend was in het contact. In het gehele rapport is de delictanalist volledig, maar tegelijkertijd zo bondig mogelijk. Het rapport wordt zo mogelijk multidisciplinair besproken. Op deze wijze kan de theorie getoetst worden en wordt gecontroleerd op de eerder beschreven valkuilen.

In het rapport wordt eveneens een gedeelte opgenomen dat speciaal geschreven is voor de patiënt. Het is een samenvatting van het gehele rapport met hierin opgenomen de belangrijkste bevindingen uit de delictanalyse. Deze kan eventueel visueel ondersteund worden wanneer dit beter aansluit bij de vermogens van de patiënt. Op deze manier kan de patiënt zijn delicttheorie op een later moment raadplegen, zonder dat hij afgeschrikt wordt door jargon en wordt de delicttheorie een product waaraan hij zelf actief heeft bijgedragen.

Dilemma's/valkuilen in deze fase

De delictanalist behoort voor ogen te houden dat het opstellen van de delicttheorie geen doel op zich is. Hoewel het van belang is een zo adequaat mogelijke delicttheorie op te stellen, lijkt het weinig zinvol om de theorie onophoudelijk te blijven verfijnen en door te analyseren. Het is zaak om een balans te vinden tussen het opstellen van de delicttheorie en het toetsen ervan in latere behandeling (Hermans, Eelen, & Orlemans, 2007). De delictanalist is zich ervan bewust dat de delictanalyse een dynamisch product is en op latere momenten aangepast kan en moet worden, indien nodig.

Resultaat

Een rapport over het gehele proces van delictanalyse, waarin middels een delicttheorie duidelijk wordt hoe het delict ontstaan is.

Fase 7: terugkoppeling rapportage

Doel

Delictanalyse afronden met patiënt. De delictanalyse is na afloop van deze fase zo duidelijk mogelijk uitgelegd aan patiënt. Het verslag wordt verstrekt aan de hoofdbehandelaar, dan wel de behandelcoördinator.



Tijdsduur

2 sessies.

Werkwijze

Tijdens deze afsluitende fase wordt in twee sessies het rapport teruggekoppeld aan de patiënt. Het rapport wordt in de eerste sessie met de patiënt doorgenomen, waarbij de patiënt voldoende tijd krijgt om het te lezen en vragen te stellen. Eventuele onduidelijkheden bij de patiënt worden getraceerd en zoveel mogelijk opgehelderd. De delictanalist heeft hierin een actieve houding: hij gaat op zoek naar de misopvattingen van de patiënt en moedigt hem aan zijn mening over en zijn visie op de analyse te geven. Deze visie en een weergave van het terugkoppelingsgesprek worden door de delictanalist toegevoegd aan het uiteindelijke rapport. Tevens wordt in het rapport beschreven in welke mate de patiënt de delictanalyse onderschrijft, zich erin herkent en hoe de delictanalyse aanknopingspunten biedt voor behandeldoelen en aansluit bij de persoonlijke doelen van de patiënt.

Om de kans van acceptatie van de inhoud van het rapport en om de bereidheid van de patiënt om met de behandeladviezen die worden geformuleerd naar aanleiding van de delictanalyse aan de slag te gaan te vergroten, dienen in deze fase de door de patiënt opgestelde persoonlijke doelen in acht te worden genomen. Zoals aangegeven in fase twee, kunnen persoonlijke doelen dienen als kanalen waarlangs informatie gepresenteerd kan worden die anders moeilijk geaccepteerd zouden worden. Gevoelige informatie wordt dus daar waar mogelijk gekoppeld aan de persoonlijke doelen van de patiënt (Finn & Tonsager, 2002). Vanuit de visie van Finn en Tonsager (2002) is het eveneens van belang om de informatie die overeenkomt met de eigen visie van de patiënt, eerst terug te koppelen. Verschillen in visie worden hierna geformuleerd (De Saeger & Kamphuis, 2011). Wanneer de hypothesen van de delictanalist niet overeenkomen met de zienswijze van de patiënt, wordt echter het model van Finn en Tonsager (2002) niet langer gevolgd. Volgens dit model dienen in dit geval de geformuleerde hypothesen verworpen te worden en niet opgenomen te worden in het rapport (De Saeger & Kamphuis, 2011). Het verplichte karakter van de forensische psychiatrie vergroot de kans op motivatieproblemen, ontkenning en bagatellisering van het delict. Dit betekent dat het verwerpen van hypothesen op basis van de visie van de patiënt niet in alle gevallen geïndiceerd is. De delictanalist neemt in deze gevallen met de patiënt de hypothese(s) door en bespreekt de verschillen in visie. Hierna is het aan de delictanalist om een beslissing te maken over het al dan niet verwerpen van de hypothese. De delictanalist neemt hierbij ook eigen professionele verantwoordelijkheid in acht. Hij moet die factoren vaststellen die (causaal) in verband staan met het gepleegde delict. Als de forensische zorg een verplichtend karakter heeft, spelen niet alleen de belangen van de patiënt en diens visie een rol, maar ook de belangen van de samenleving. De patiënt kan immers pas



terugkeren in de samenleving als de kans op recidive naar een aanvaardbaar niveau is teruggebracht.

In deze fase is het van belang om de patiënt nogmaals uit te leggen dat de opgestelde delicttheorie een dynamisch product is en blijft. Gedurende verdere behandeling kunnen zowel behandelaars als de patiënt zelf tot nieuwe inzichten komen waardoor de delicttheorie moet worden aangepast. De hoop kan hierbij worden uitgesproken dat de patiënt hierin zelf een actieve rol speelt.

Na de eerste sessie in deze fase wordt het rapport (inclusief de samenvatting voor de patiënt) meegegeven aan de patiënt, zodat hij de tijd heeft om het rapport (indien gewenst) zelfstandig nogmaals door te nemen en te overdenken. Mocht hij nog vragen hebben, kan hij deze tijdens de tweede sessie stellen. Ook is de tweede sessie een goed moment om een mentor/persoonlijk begeleider of een belangrijke naaste uit te nodigen (mits de patiënt dit goedkeurt) om aanwezig te zijn bij de sessie om de delictanalyse toe te lichten. Deze uitleg kan bijdragen aan een beter begrip van de patiënten onder de personen in het netwerk, waardoor de (problematische) omgang met hem verbeterd kan worden. Dit werkt mogelijk ook motiverend op de behandeling.

Dilemma's/valkuilen in deze fase

Een valkuil van de afrondende fase is dat de delictanalist in discussie treedt over zijn analyse. Hoewel de patiënt aangemoedigd wordt om zijn mening over de analyse te geven, neemt de delictanalist in deze fase de professionele delictanalyse als uitgangspunt. Vanuit zijn kennis, ervaring en expertise is een beeld ontstaan waar de delictanalist als professional achter staat.

Resultaat

De delictanalyse is afgerond en onduidelijkheden zijn zoveel mogelijk weggenomen bij de patiënt. Tevens is er zicht op de zienswijze van de patiënt op de voorgestelde analyse en ligt er uiteindelijk een document waarin de delicttheorie kort en bondig wordt beschreven.

Herziening richtlijn

Volgens het rapport van de Regieraad (2012) duurt de investering in de richtlijn na afronding en publicatie voort in verspreiding en implementatie. Hoewel de projectgroep het belang van verdere ontwikkeling (zowel op inhoudelijk gebied van de richtlijn als onderzoek naar evidentie en doelmatigheid) onderstreept, wordt de richtlijn overgedragen aan KFZ. Er is derhalve geen verdere procedure voor herziening opgenomen in de richtlijn voor delictanalyse.



5.4. Voorwaarden delictanalist

Gezien de complexiteit van het opstellen van een delictanalyse, is het raadzaam de delictanalyse uit te laten voeren door een professional die ervaring heeft met de forensische doelgroep en voldoende kennis en kunde heeft om informatie te kunnen integreren en analyseren. Aangezien het vrijwel onmogelijk is om aan deze voorwaarden concreet een bepaald aantal uren of jaren ervaring toe te wijzen, is besloten om een aantal criteria te beschrijven waaraan de delictanalist dient te voldoen:

- De delictanalist is minimaal WO-geschoold in de psychologie of orthopedagogiek. Wanneer de delictanalist (nog) geen postdoctorale opleiding heeft afgerond, wordt supervisie geboden. Op grond van interne kwaliteitscriteria en de daarbij horende kwaliteitsdocumenten wordt vastgesteld of de delictanalist voldoende bekwaam en bevoegd is.
- De delictanalist heeft mogelijkheden tot intervisie, dan wel supervisie om de dynamieken die het contact met de patiënt met zich meebrengt te kunnen delen en bespreken met collega's, om zodoende bewust te blijven van bepaalde processen (bijvoorbeeld (tegen)overdracht).
- De delictanalist heeft training ofwel coaching ontvangen voorafgaand aan het opstellen van de eerste delictanalyse. Dit geldt voor zowel WO-geschoolde delictanalisten als delictanalisten die een postdoctorale opleiding(en) afgerond hebben, aangezien deze opleidingen niet specifiek gericht zijn op de afname van delictanalyses.
- De delictanalist is bij voorkeur niet de hoofdbehandelaar of behandelcoördinator van de betreffende patiënt.
- De delictanalist heeft uitstekende kennis en ervaring met de What Works-principes, zoals beschreven in het Risk, Need, Responsivity model.
- De delictanalist is bedreven in het opstellen van functie- en betekenisanalyses.
- De delictanalist beschikt over kennis van de recente wetenschappelijke literatuur wat betreft:
 - o verbanden tussen delictpleging en psychopathologie
 - o verbanden tussen psychologische functies en delictpleging
 - o theorieën over typen daders

5.5. Risicotaxatie ten opzichte van de delictanalyse

Uit het praktijkonderzoek is gebleken dat professionals in de praktijk moeilijkheden ondervinden bij het integreren van de delictanalyse en informatie uit de risicotaxatie. Deze integratie van informatie is een proces waarin met name de expertise van de delictanalist tot uiting komt. Om deze integratie te kunnen maken, moet de samenhang tussen de delictanalyse en risicotaxatie helder zijn. Deze zal hieronder worden toegelicht.

De factoren die opgenomen zijn in de risicotaxatie zijn gebaseerd op gegevens van groepen delictplegers. Dit betekent dat de scores van een individu steeds worden vergeleken met de

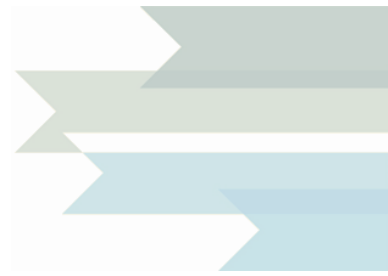


groepsnormen. Daarnaast hoeven de risicofactoren uit de risicotaxatie niet causaal samen te hangen met het delict (Ward & Beech, 2015). Hoewel deze scores zonder twijfel informatief zijn en een onmisbaar onderdeel zijn van forensische zorg, dienen deze nog in de persoonlijke context van de patiënt geplaatst te worden. De factoren die van invloed zijn op groepsniveau, zijn namelijk niet noodzakelijk ook van belang voor het individu of wegen voor deze patiënt op dezelfde wijze mee (Cooke & Michie, 2010). Zo kan een patiënt hoog scoren op de risicofactor verslaving, maar hoeft dit tijdens het plegen van het delict geen sterke rol te hebben gespeeld. Deze persoonlijke context inclusief de omstandigheden waarin het delict zich voltrok, wordt tijdens de afname van een delictanalyse nadrukkelijk in ogenschouw genomen. De risicotaxatie geeft een beoordeling van de kans op recidive, terwijl de delictanalyse de patronen binnen de delictpleging beoordeelt. De uitkomsten van de risicotaxatie (inclusief de instrumenten die beschermende factoren in kaart brengen) geven zo deels richting aan de delictanalyse. Ook biedt de delictanalyse de mogelijkheid om protectieve factoren, en meer specifiek het (al dan niet tijdelijk) wegvallen ervan, nader te onderzoeken en te betrekken bij de formulering van de delicttheorie.

5.6. Omgaan met ontkenning

In de forensisch psychiatrische zorg komt het regelmatig voor dat een patiënt zijn delict (gedeeltelijk) ontkent. Dit kan voor complicaties zorgen bij het opstellen van de delictanalyse. Wanneer de patiënt het delict gedeeltelijk ontkent, wordt het belang van de werkrelatie in de literatuur extra onderstreept (Blagden, Winder, Gregson, & Thorne, 2013). Dit betekent voor de delictanalyse dat de tweede fase, de kennismakingsfase, bij een ontkennende patiënt intensiever zal zijn en mogelijk langere tijd in beslag zal nemen in vergelijking tot patiënten die het delict wel bekennen zodat extra geïnvesteerd kan worden in de werkrelatie (Blagden e.a., 2013). Wanneer een interventie gestart wordt met een ontkennende patiënt voordat een goede werkrelatie ontstaan is, zijn er aanwijzingen dat de patiënt eerder uit zal vallen (Beyko & Wong, 2005).

Zodra de delictanalist het verantwoord acht om de volgende fase in te gaan met de ontkennende patiënt, is het raadzaam dat de delictanalist zich in eerste instantie richt op de omstandigheden waarin de patiënt verkeerde toen het delict volgens het dossier plaats heeft gevonden. Hierbij kan ook met de patiënt nagegaan worden hoe het komt dat hij door de rechter gezien wordt als een persoon die in staat is tot het plegen van het betreffende delict (Vanhoek & Van Daele, 2011 in: Blagden e.a., 2013). Op deze manier zal de patiënt de kans geboden worden om zijn verhaal te doen en hoeft de patiënt zich niet direct aangevallen te voelen. De kans dat de patiënt persisteert in een verdedigende, afwerende houding wordt daardoor verkleind (Marshall, Thornton, Marshall, Fernandez, & Mann, 2001). In een later stadium zal de delictanalist, goed getimed, de patiënt wel degelijk wijzen op de feiten uit het dossier. Van belang is dat de analist kan terugvallen op de in eerdere fases met de patiënt besproken werkwijze. In fase twee (kennismaking)



hebben de analist en de patiënt al geanticipeerd op te verwachten moeilijke fases in het proces van de delictanalyse.

5.7. Aanbevelingen specifieke groepen

Zoals eerder geformuleerd is de richtlijn voor delictanalyse ontwikkeld voor alle patiënten binnen de forensische zorg. Echter zijn er patiëntgroepen waarvoor aanpassingen in de techniek nodig zullen zijn om de afname van de delictanalyse te laten aansluiten op de patiënt. Voor patiëntgroepen waarbij er een andere techniek geïndiceerd is zijn er specifieke aanbevelingen geschreven. Voor patiëntgroepen waarbij vooral de inhoud heel specifiek afwijkt (zoals bij seksueel delinquenten) maar niet de techniek van de delictanalyse zijn er geen specifieke aanbevelingen geschreven.

De groepen waarvoor dit onder andere van toepassing is, zijn patiënten met een psychotische stoornis, stoornis in het autistisch spectrum, licht verstandelijke beperking en/of stoornis in het gebruik van middelen. Voor deze groepen zullen achtereenvolgens de aanbevelingen worden beschreven. Deze aanbevelingen zijn een toevoeging op de algemene richtlijn en worden naast elkaar gebruikt. Voor iedere patiëntgroep wordt eerst een korte algemene beschrijving van de doelgroep weergegeven en worden algemene aanbevelingen genoemd die gedurende de gehele delictanalyse van belang zijn. Hierna zijn per fase bij de doelgroep passende aanbevelingen geformuleerd. In de praktijk zal het dikwijls voorkomen dat er sprake is van comorbiditeit. Dit kan betekenen dat de verschillende aanbevelingen gecombineerd moeten worden, zoals het geval bij een patiënt met zowel een stoornis in het autistisch spectrum als een licht verstandelijke beperking. De delictanalist legt bij een patiënt waarbij sprake is van comorbide problematiek de verschillende aanbevelingen naast elkaar en bepaalt op basis van de patiëntkenmerken en zijn eigen kennis en ervaring wat voor deze specifieke patiënt een juiste werkwijze is. De aanbevelingen per patiëntengroep hebben veelal betrekking op responsiviteit en vertonen hierdoor dikwijls overlap, waardoor naar verwachting in veel gevallen er weinig grote problemen zullen zijn om de verschillende aanbevelingen met elkaar te combineren.

Bij het schrijven van de aanbevelingen voor specifieke groepen is overwogen om deze te richten op het delicttype in plaats van aan stoornis gebonden responsiviteitsfactoren. In het literatuuronderzoek en de expertmeetings zijn echter geen aanwijzingen gevonden dat de methodiek van de delictanalyse specifiek afgestemd moet worden op het type delict. In het praktijkonderzoek werd gevonden dat een klein aantal instellingen dit wel deden, echter was de overwegende mening dat dit niet noodzakelijk is. De methodiek beschreven in de richtlijn past dan ook in principe bij ieder delicttype. Er wordt hier echter wel verondersteld dat de delictanalist over gedegen kennis beschikt van de verschillende delictdynamieken die een rol kunnen spelen. Indien een patiënt een zedendelict heeft gepleegd, dient de delictanalist bijvoorbeeld kennis te hebben van parafilieën, pathway modellen van seksueel delinquenten, de rol van de seksualiteit in het leven van de patiënt etc. De basiskennis die vereist wordt, wordt hiermee nogmaals benadrukt.



5.7.1 Psychotische stoornissen

Patiënten die een psychotische stoornis hebben, ervaren dat de grenzen tussen hun binnenwereld (hun fantasieën, gedachten en gevoelens) en de buitenwereld verloren (dreigen te) gaan (Van der Werf, Weijers, & Manders, 2000). Er is een ernstige verstoring in het begrip van de werkelijkheid (EFP, 2014b). Psychotische stoornissen hebben verschillende uitingsvormen: hallucinaties, wanen, gedesorganiseerde spraak/denken, gedesorganiseerd gedrag en negatieve symptomen (Tan & Van Os, 2014). Hiernaast zijn ook begeleidende verschijnselen zoals angst, depressie, opwinding en agressiviteit bekend. Deze uitingsvormen kunnen in meer of minder ernstige mate aanwezig zijn, ofwel gedurende een bepaalde periode totaal ontbreken bij een patiënt. De groep psychotische patiënten is dus niet zo homogeen als de noemer misschien doet vermoeden: er bestaat een grote verscheidenheid aan symptomen en beloopsvormen binnen de psychotische populatie. Ondanks dit gegeven, wordt hier getracht aanbevelingen te schrijven die algemeen geldig zijn voor psychotisch kwetsbare patiënten.

Algemene aanbevelingen:

Volgens experts die geconsulteerd zijn ten behoeve van de ontwikkeling van de richtlijn, is de houding van professionals die werken met de psychotische populatie veelal gebaseerd op de principes van de theorie van presentie (Baart, 2001) en op de autonomie bevorderende werkwijze van het Shared Decision Making (SDM). Deze modellen zijn beiden terug te vinden in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (Van Alphen e.a., 2012). In deze multidisciplinaire richtlijn schizofrenie wordt de theorie van presentie omschreven als een benadering waarin de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener centraal staat en waarin “deze relatie belangrijk [is] op zichzelf, en wordt dus niet primair beoordeeld op haar nut in termen van positieve behandeluitkomsten (hoewel deze er wel mee samengaan)” (Van Alphen e.a., 2012, p. 221). De experts benoemden de theorie van presentie als zijnde een benadering waarin aandacht bestaat voor de patiënt (‘ik ben er om met jou te kijken hoe het komt dat je een delict gepleegd hebt. Ik heb interesse in hoe het met je gaat’). In de delictanalyse is deze houding toepasbaar (Expertmeeting, 2014). Doordat de delictanalyse een diagnostische interventie is waarin een doel behaald dient te worden (het in kaart brengen van factoren die hebben bijgedragen aan het plegen van het delict om verdere behandeling uit te zetten) sluit deze niet volledig aan bij het uitgangspunt van de theorie van de presentie, waarin geen uitkomstmaat als doel gesteld wordt. De houding die voortkomt uit deze theorie kan echter wel gevolgd worden. Het SDM is een model dat belang hecht aan een goede relatie tussen patiënt en zorgverlener en aan de autonomie en voorkeuren van de patiënt (Godolphin, 2009). In de algemene richtlijn wordt uitgegaan van de principes van het SDM. Extra aanpassing als gevolg van deze benadering is derhalve niet nodig.

Naast de houding die voortkomt uit de theorie van presentie en de aanpak van het SDM, wordt



door de experts aanbevolen om een bij de patiënt passende Expressed Emotion (EE) te hanteren (Expertmeeting, 2014). De EE behelst de affectieve attitudes en gedragingen die geuit worden richting de patiënt (Berry, Barrowclough, & Haddock, 2011). Een te hoog EE wordt gekenmerkt door kritische opmerkingen, vijandigheid en een te grote emotionele betrokkenheid (Berry, Barrowclough, & Haddock, 2011; EFP, 2014b). Uit een meta-analyse (Butzlaff & Hooley, 1998) blijkt dat een hoog EE samenhangt met een hogere mate van terugval in psychotische symptomen. Hiernaast is in recent onderzoek (Finnegan, Onwumere, Green, Freeman, Garety, & Kuipers, 2014) gevonden dat de exposure van patiënten met psychotische stoornissen aan een omgeving met een hoog EE (gestimuleerd door middel van het tonen van een clip met kritische commentaren die vaak gehoord worden onder familieleden van patiënten), de ervaring van controle op hun stemmen, preoccupatie en waanbeelden negatief beïnvloedt: patiënten ervaren door een hoge EE-omgeving minder controle te hebben op de omgeving. Uit onderzoek van Cechnicki, Bielańska, Hanuszkiewicz en Daren (2013) blijkt dat van alle kenmerken van een hoog EE, het uiten van kritische opmerkingen het meest voorspellend is voor terugval in psychotische symptomen en heropname in een psychiatrische instelling. Een laag EE hangt daarentegen samen met minder psychotische terugval, zoals genoemd in de multidisciplinaire richtlijn voor schizofrenie (Van Alphen e.a., 2012). Hierbij moet echter worden opgemerkt dat de mate van EE in de literatuur voornamelijk in verband wordt gebracht met de familiale context. Wat de precieze invloed van EE in een therapeutische relatie is, kan op grond van wetenschappelijk onderzoek niet met zekerheid worden vastgesteld. Aangezien confrontatie met informatie uit het proces verbaal door de patiënt ervaren kan worden als kritiek en uiting van vijandigheid, hebben de geconsulteerde experts aangegeven dat het EE-concept hier van belang is (Expertmeeting, 2014).

De psychotische populatie heeft in het algemeen een sterke behoefte aan voorspelbaarheid en structuur. Voor het behouden van een duidelijke structuur in de delictanalyse moet ieder onderdeel/ iedere fase aangekondigd worden en duidelijk afgerond worden. Zo houdt de patiënt overzicht. De delictanalist maakt daarom duidelijke afspraken over de tijdsduur van een sessie. Over het algemeen kan gezegd worden dat de draagkracht van een psychotisch kwetsbare patiënt klein is; drie kwartier kan te lang zijn. Indien dit het geval is, kan met de patiënt worden afgesproken wat een beter passende tijdsduur is. Ook is het van belang dat de patiënt weet dat hij kan aangeven wanneer een sessie voor hem te veel wordt. De kans op decompensatie kan zo worden verkleind. Wanneer de delictanalist door wil naar de volgende fase, kan bij de patiënt gecheckt worden of hij hier klaar voor is. Hierbij moet duidelijk uitgelegd worden wat de volgende fase inhoudt.



Specifieke aanbevelingen per fase:

In deze paragraaf wordt per fase aangegeven waar de delictanalist rekening mee dient te houden wanneer hij een delictanalyse afneemt bij een patiënt met een psychotische stoornis.

○ Fase 1 (voorbereiding):

In deze fase ligt bij een patiënt met een psychotische stoornis voornamelijk de nadruk op het bepalen van de aan te nemen houding. Het gaat er om dat de delictanalist erachter komt op welke wijze hij het best in contact kan komen met de patiënt. De diagnoses moeten dus (onder andere) goed gecheckt worden: een psychotische patiënt die hallucineert heeft een andere bejegening nodig dan een patiënt waarin voornamelijk symptomen als apathie of desorganisatie op de voorgrond staan. Hiernaast moeten de cognitieve functies beoordeeld worden; dit bepaalt namelijk het tempo dat de delictanalist kan aanhouden, op welke wijze informatie wordt aangeboden en andere aandachtspunten met betrekking tot responsiviteit. De delictanalist doet er goed aan om tijdens deze fase informatie in te winnen bij de persoonlijk begeleider en/of mentor over het huidige toestandsbeeld. Hij moet nagaan of de patiënt in staat is om deel te nemen aan een gesprek. Mogelijk zijn er bepaalde tijdstippen waarop de patiënt beter in staat is om deel te nemen aan de delictanalyse. Hier houdt de delictanalist rekening mee.

Een belangrijk punt in de voorbereidingsfase is het huidige medicatiegebruik van de patiënt. De delictanalist moet hiervan op de hoogte te zijn, omdat het medicatiegebruik de symptomen en het toestandsbeeld beïnvloeden. Er moet een goede afstemming zijn met het beleid van de behandelend psychiater. Er hoeft niet per definitie gewacht te worden met de delictanalyse totdat de patiënt vrij is van psychoses of optimaal ingesteld is op medicatie. Per individu moet bepaald worden of de delictanalyse op dat moment mogelijk is, in samenspraak met de psychiater, hoofdbehandelaar/behandelcoördinator en de mentor/persoonlijk begeleider.

○ Fase 2 (kennismaking en start werkrelatie)

Naast de al genoemde aanbevelingen hoeven er in deze fase geen specifieke aanbevelingen gevolgd te worden. Er moet wel op gelet worden dat er bij het uitvragen van de levensgeschiedenis veel structuur wordt geboden. Het gebruik van de genoemde levenslijn is hierbij aanbevolen. Hier kunnen alle belangrijke gebeurtenissen (inclusief alle gepleegde delicten) opgezet worden. Wanneer alle gepleegde delicten direct op de levenslijn gezet worden, wordt fase 5 (toetsing indexdelict aan andere delicten) vergemakkelijkt: de patiënt kan zich vasthouden aan deze structuur. Ook het opstellen van persoonlijke doelen met de patiënt hoeft niet tot problemen te leiden bij deze specifieke doelgroep. Persoonlijke doelen van de patiënt kunnen gelieerd zijn aan wanen of hallucinaties. De delictanalist kan in deze gevallen aan de patiënt vragen hoe hij



bij zijn einddoel wil komen. Hierdoor worden mogelijk doelen genoemd die wel reëel zijn waardoor de delictanalist beter kan aansluiten bij en afstemmen op de patiënt. Het is van belang dat de delictanalist een basisattitude heeft waarin hij de patiënt erkent en respecteert voor zijn mening, hij discussie over de waaninhoud vermijdt en doelmatig en rustig naar het hier en nu blijft verwijzen om de opdracht die er samen ligt te voltooien.

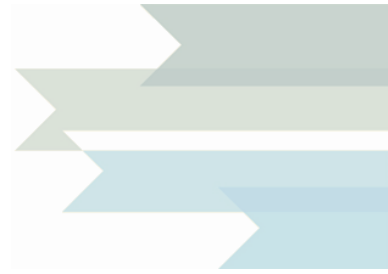
- Fase 3: delictscenario

Patiënten met een psychotische stoornis lopen de kans het delict te herbeleven wanneer zij spreken over het gepleegde delict. Dit kan eventueel leiden tot psychotische episodes en/of decompensatie en kan als zeer stressvol worden ervaren door de patiënt en mogelijk ook een bedreigende situatie vormen voor de delictanalist en het behandelteam. Om dit te voorkomen wordt er in deze fase vaak getoetst wat de activiteit bij de patiënt oproept. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van waarschuwingssignalen (met behulp van het signaleringsplan). De delictanalist laat hiernaast de patiënt de gebeurtenis heel concreet beschrijven middels het stellen van duidelijke vragen (Waar liep je? Wat zag je? Wat dacht je? etc.). Bij het uitvragen van gevoelens is terughoudendheid geboden en moet goed opgelet worden dat de gevoelens van toen, niet naar het 'hier en nu' worden geplaatst. Hiervoor is het helpend voor deze doelgroep om de verleden tijd te hanteren in plaats van het delict te laten vertellen in de tegenwoordige tijd, zodat het onderscheid tussen 'toen' en het 'hier en nu' duidelijk blijft. Ook kan de patiënt gebruik maken van de derde persoon in plaats van te vertellen in de eerste persoon. Wanneer gemerkt wordt dat de patiënt te sterk het delict herbeleeft, moet gestopt worden met het doorspreken van het delictscenario. De delictanalist stelt in dit geval op basis van het dossier een delictscenario op. Het moet duidelijk vermeld worden dat het delictscenario enkel op basis van het dossier is samengesteld en waarom hiervoor gekozen is.

Erkenning van verschillen tussen het dossier en het verhaal van de patiënt is bij deze groep een extra moeilijkheid. Het gepleegde delict wordt bijvoorbeeld geheel ontkend, is geheel anders beleefd of er is sprake van cognitieve problemen. Anderzijds zijn er ook psychotisch kwetsbare patiënten die tijdens het delict niet psychotisch waren of het delict niet vanuit psychotische motieven hebben gepleegd. De belastbaarheid tijdens de delictanalyse kan hierdoor erg verschillen.

- Fase 4 (functie- en betekenisanalyses)

In fase 4 is het aanbevolen dat de delictanalist erop let dat hij aansluit bij de taal en het begrippenkader van de patiënt. De gebruikte taal moet concreet, expliciet en begrijpelijk zijn.



- Fase 5 (toetsen indexdelict aan andere delicten)

Gezien de grote behoefte aan structuur die wordt gezien onder deze populatie, kan de eerder opgestelde levenslijn helpend zijn bij het bespreken van de overige gepleegde delicten. De chronologische volgorde van de gepleegde delicten kan hierdoor worden aangehouden.

- Fase 6 (opstellen delicttheorie en rapportage)

Geen specifieke aanbevelingen.

- Fase 7 (terugkoppeling rapportage)

Voorafgaand aan deze fase wordt aan het gehele behandelend team doorgegeven dat er terugkoppeling gegeven zal worden. Het behandelend team kan zo de reactie monitoren. De terugkoppeling wordt stapsgewijs, concreet en gestructureerd aangeboden aan de patiënt. De delictanalist behoort bij deze doelgroep extra te toetsen of de informatie op juiste wijze is overgekomen op de patiënt, aangezien er onder patiënten in deze populatie veelal sprake is van cognitieve problemen.



5.7.2 Autismespectrum stoornis

Stoornissen in het autistisch spectrum (ASS) worden gekarakteriseerd door tekortkomingen in de sociale interactie, communicatie en/of stereotiep gedrag (APA, 2000). Personen met ASS hebben vaak minder zelfinzicht, minder zicht op oorzaak-gevolg relaties, een beperkte theory of mind en hebben minder centrale coherentie. De theory of mind is het vermogen om zichzelf en anderen mentale toestanden toe te kennen (Sher, Koenig, & Rustichini, 2014). Bij mensen met ASS is deze beperkt, waardoor zij zich slechts beperkt kunnen inleven in wat een ander denkt of voelt. De centrale coherentie behelst het sterker ontwikkelde zicht op details, waardoor de gehele samenhang minder snel gezien en begrepen wordt. Hiernaast is kenmerkend voor ASS dat er onder deze patiënten een sterke behoefte is aan structuur en dat er dikwijls een bepaalde mate van starheid/inflexibiliteit aanwezig is. Per persoon kan de ernst van de stoornis erg verschillen. De variëteit binnen deze populatie is groot, waardoor de aanbevelingen voor de ASS enkel gericht is op een algemeen beeld van ASS.

Algemene aanbevelingen:

Wanneer een delictanalyse afgenomen wordt bij een patiënt met ASS, is het in de eerste plaats belangrijk dat de communicatie afgestemd wordt. Onder patiënten met ASS wordt gezien dat het taalniveau soms hoger ligt dan het taalbegrip. De delictanalist hoort bewust te zijn van deze mogelijkheid en zal daarom herhaaldelijk toetsen of de patiënt daadwerkelijk begrepen heeft wat van hem gevraagd wordt. Hiernaast wordt de communicatie bemoeilijkt doordat het referentiekader van de delictanalist en de patiënt erg van elkaar kunnen verschillen. Ook hiervoor moet regelmatige toetsing plaatsvinden om ervoor te waken dat de delictanalist enkel vanuit het eigen referentiekader denkt. Het gebruik van beeldspraak wordt zoveel mogelijk vermeden en instructies en/of vragen worden zo helder en kort mogelijk aangegeven.

Voor ASS-patiënten is het extra van belang om overzicht en structuur te bieden, zowel op praktisch als inhoudelijk niveau. Op praktisch niveau strekt de aanbeveling dat de delictanalist iedere sessie volgens dezelfde planning laat verlopen, zodat er zo weinig mogelijk verrassingen ontstaan voor de patiënt. Sessies vinden bij voorkeur steeds op dezelfde dag(en) van de week plaats, in dezelfde ruimte, op hetzelfde tijdstip. Aan het begin van iedere sessie wordt het doel van het gesprek besproken, waarna de onderwerpen geïntroduceerd worden. Op inhoudsniveau let de delictanalist eveneens op het bieden van een duidelijke structuur. Wanneer tijdens de delictanalyse verschillende onderwerpen worden besproken, doet de delictanalist er goed om aan duidelijk aan te geven wat hij wil weten en structuur aan te brengen in de wijze waarop hij zijn informatie vergaart. Hij stelt hierbij duidelijk grenzen over hoofd- en bijzaken, omdat de patiënt zelf verminderd inzicht heeft in wat belangrijk is geweest in delictpleging. Mogelijk is bij deze populatie een frequenter contact nodig, zodat het overzicht en de structuur voor de patiënt beter



bewaard blijft. Uit de praktijk blijkt dat bij een frequentie van eenmaal per week, de patiënt veel tijd nodig heeft om opnieuw de draad op te pakken (Expertmeeting, 2014).

Specifieke aanbevelingen per fase:

In deze paragraaf wordt per fase aangegeven waar de delictanalist rekening mee dient te houden wanneer hij een delictanalyse afneemt bij een patiënt met ASS.

- Fase 1 (voorbereiding)

Er is geen extra specifieke dossierinformatie nodig. Wel behoort de delictanalist zich tijdens het lezen van het dossier af te vragen of de ASS goed onderzocht is en de specifieke kenmerken van deze patiënt voldoende helder zijn. Voor deze doelgroep en hun kwetsbaarheid is het belangrijk om je bewust te zijn van de sterke en zwakke punten van desbetreffende patiënt, om over- en onderschatting te voorkomen. Vanuit het dossier en op grond van goede diagnostiek kan de delictanalist hiervan een eerste beeld krijgen.

- Fase 2 (kennismaking en start werkrelatie)

Voor een patiënt met ASS is het belangrijk om goed voorbereid te worden op wat komen gaat. Deze fase kan hierdoor langere tijd in beslag nemen dan beschreven staat in de richtlijn. Aangeraden wordt om het bespreken van het doel, de werkwijze en de levensgeschiedenis goed uit elkaar te houden. Voor de structuur is het aan te bevelen om de uitleg van de werkwijze en het doel in een aparte sessie te bespreken en niet tijdens de sessie waarin ook de levensgeschiedenis wordt doorgenomen.

Het formuleren van persoonlijke doelen kan voor een deel van de ASS-populatie lastig zijn, omdat het een bepaalde mate van inzicht vraagt in het eigen functioneren en de persoonlijke omstandigheden. Sommige patiënten willen juist van de delictanalist horen waarom de delictanalyse van belang is voor hen. Mocht de patiënt niet in staat zijn om persoonlijke doelen te formuleren, helpt de delictanalist hier actief bij en formuleert de doelen grotendeels zelf aangezien de patiënt anders wordt overvraagd. Hierbij let de delictanalist erop dat hij bij de patiënt nagaat of de patiënt zich kan vinden in de opgestelde doelen. De wijze van totstandkoming van de doelen wordt in het rapport opgenomen.

- Fase 3 (delictscenario)

Het is voor een patiënt met ASS vaak lastig om de chronologische volgorde vast te houden en om onderscheid te maken tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Dit maakt dat het doorspreken van het delict ten behoeve van het delictscenario meer moeite kost bij een patiënt met ASS. Middels (beknopte) psycho-educatie door de delictanalist wordt uitgelegd dat en waarom deze fase voor de patiënt moeilijk



kan zijn. Om de verschillen tussen gevoelens, gedachten en gedrag te verduidelijken, kan de delictanalist tekeningen maken om dit te visualiseren. De delictanalist zal bij het benoemen van de gevoelens de patiënt helpen en bij een te beperkt inzicht hierin, de gevoelens middels het opstellen van eigen hypothesen moeten weergeven. Bij het nagaan van de tijdsperiode behoort de delictanalist hiernaast te letten op de detailgerichtheid: de patiënt geeft van zijn delict bijvoorbeeld allerlei details weer die niet direct relevant hoeven te zijn. Dit kan ertoe leiden dat deze fase onnodig lang duurt. De delictanalist waakt hiervoor en stuurt tijdig bij.

In de forensische psychiatrie wordt dikwijls geconstateerd dat patiënten met ASS het delict ontkennen (Expertmeeting, 2014). Uit de praktijk blijkt dat zij dit niet doen omdat ze het delict niet gepleegd hebben, maar omdat zij een eigen beleving hebben van de feiten. Deze beleving kan onder andere het gevolg zijn van het onvermogen in het maken van onderscheid tussen fantasie en realiteit. Wanneer de visie van de patiënt niet overeenkomt met de informatie uit het dossier, kan hij het delict op rigide wijze ontkennen. Dit zorgt ervoor dat het komen tot overeenstemming in het delictscenario wordt bemoeilijkt. In de algemene richtlijn is verwoord welke stappen ondernomen kunnen worden indien er geen overeenstemming bereikt wordt.

- Fase 4 (functie- en betekenisanalyses)

De gebruikte visualisering in de richtlijn is voor patiënten met een ASS soms niet voldoende toegankelijk. In dit geval zal de delictanalist de functie- en betekenisanalyse op een meer eenvoudige en concrete wijze moeten aanbieden.

- Fase 5 (toetsen indexdelict aan andere delicten)

Het bespreken van de overige delicten behoort goed toegelicht te worden alvorens hiermee gestart wordt. Voor de patiënt moet duidelijk zijn waarom dit belangrijk is en wat precies de zaken zijn die besproken zullen worden. Hierbij is het opnieuw bespreken van een delictscenario mogelijk niet de juiste vorm om zicht te krijgen op overige delicten, omdat het opstellen van een delictscenario tot herhaling van de moeilijkheden kan leiden die hiervoor besproken zijn. Indien het herhalen van het delictscenario geen optie is, kan de delictanalist de delicten globaler doornemen met de patiënt en gebruik maken van het dossier.

- Fase 6 (opstellen delicttheorie en rapportage)

Geen specifieke aanbevelingen.



- Fase 7 (terugkoppeling rapportage)

De valkuil in deze fase is dat de kans hier wellicht groter is dan bij andere populaties dat er niet gekomen kan worden tot overeenstemming. De patiënt wil mogelijk een zeer gedetailleerd verhaal dat tot in het kleinste detail klopt, terwijl hij tegelijkertijd het verhaal veelal voor zichzelf niet helder heeft en/of de wegging van de mate waarin details van belang zijn voor de delicttheorie bij de patiënt anders ligt dan bij de analist. De delictanalist is zich hiervan bewust, zodat hij een strategie kan bedenken om hier adequaat mee om te gaan.



5.7.3 Licht Verstandelijke beperking

Er is sprake van een licht verstandelijke beperking (LVB) wanneer een patiënt een IQ tussen de 50 en 70 heeft of een IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen en psychosociale problemen (AAIDD; Schalock e.a., 2010). Bij deze doelgroep worden tekorten in het cognitief functioneren (zoals een gebrekkig korte termijn- of werkgeheugen en moeite met generaliseren en reflecteren), problemen op sociaal vlak (zoals moeite met zich inleven in de ander en de beschikking over een klein sociaal netwerk) en daaruit voortkomende psychiatrische, medische en sociaal maatschappelijke problematiek gezien (Didden Niehoff, Valenkamp, & Rutten, 2013). De LVB en de bijkomende problematiek kunnen op hun beurt weer leiden tot gedragsproblemen, zoals agressief (delict)gedrag (Moonen, De Wit, & Hoogeveen, 2011; Tenneij & Koot, 2006), wat deze patiëntengroep relatief complex maakt. Voor patiënten die zwakbegaafd zijn, gedefinieerd als hebbende een IQ tussen de 70 en 85 zonder verminderd sociaal aanpassingsvermogen en psychosociale problemen, maakt de delictanalist een inschatting of de algemene richtlijn gevolgd kan worden of dat (delen van) de aanbevelingen voor de LVB-doelgroep gevolgd dienen te worden.

Algemene aanbevelingen:

Hoewel de huidige richtlijn gezien wordt als toepasbaar op de LVB-populatie, moet de interventie op verschillende punten worden aangepast. Zo wordt in de literatuur genoemd dat het voor deze doelgroep belangrijk is om het eventuele leesmateriaal te vereenvoudigen, veel herhalingen te bieden, sessies in te korten en het aantal sessies te verhogen (Kaal, Van Ooyen-Houben, Ganpat, & Wits, 2009). Voor de delictanalyse betekent dit in de eerste plaats dat hij de communicatie aanpast op het begripsniveau van de patiënt. Denk hierbij onder andere aan het gebruik van versimpeld (maar niet kinderachtig) taalgebruik, het gebruik van herhalingen, het maken van korte zinnen en het bieden van een beperkt aantal keuzes. Hierbij gaat de delictanalist geregeld na of de patiënt het besprokene begrepen heeft en kan hij indien er sprake is van problemen met de informatieverwerking gebruik maken van visualisaties. De frequentie en duur van de sessie dienen zo nodig aangepast te worden. Tijdens de sessies wordt veel structuur aangeboden. Dit kan onder andere middels het concreet bespreken van de planning van iedere afzonderlijke sessie.

De grote behoefte aan structuur en (hiermee samenhangend) veiligheid, zorgt ervoor dat bij deze doelgroep zoveel mogelijk één persoon alle contacten (afname risicotaxatie, diagnostiek, delictanalyse etc.) met de patiënt volbrengt. Het kan bij deze doelgroep daarom juist goed zijn dat, in tegenstelling tot wat in de voorwaarden voor de delictanalist staat, de hoofdbehandelaar van de patiënt ook de delictanalyse afneemt. Dit betekent wel dat de intercollegiale toetsing nog belangrijker is zodat tunnelvisie zoveel mogelijk voorkomen kan worden.



Niet alle doelen die in de richtlijn genoemd worden zijn haalbaar voor de LVB-populatie. Wanneer dit precies het geval is, wordt beschreven in de specifieke aanbevelingen (zie onder). Wanneer het doel niet haalbaar is met de patiënt, betekent dit niet dat de delictanalist het doel niet zonder de patiënt kan behalen. Hij kan in dat geval mensen uit het sociale netwerk benaderen en het dossier van de patiënt raadplegen om de benodigde informatie te verkrijgen. De beperkte geheugenfuncties van de patiënt kunnen ervoor zorgen dat het delict niet altijd teruggehaald kan worden. Dit moet niet verward worden met onwil of leugenachtig gedrag. Een heteroanamnese om bijvoorbeeld de aanloop naar het delict toe in kaart te brengen, kan dan van belang zijn.

Specifieke aanbevelingen per fase:

In deze paragraaf wordt per fase aangegeven waar de delictanalist rekening mee dient te houden wanneer hij een delictanalyse afneemt bij een patiënt met een LVB.

- Fase 1 (voorbereiding)

Geldig voor alle populaties, maar voor patiënten met een LVB van specifiek belang: de diagnostiek dient helder te zijn. De delictanalist moet alle gegevens over het IQ hebben, maar ook de sociaal emotionele ontwikkeling en de mate van executief functioneren, houdt de delictanalist scherp voor ogen. Met deze informatie kan de delictanalist een inschatting maken in hoeverre de delictanalyse samen met de patiënt te realiseren is en op welke punten hij de delictanalyse zonder de patiënt moet volbrengen.

- Fase 2 (kennismaking en start werkrelatie)

De algemeen opgestelde doelen in deze fase liggen voor de LVB-patiënt te hoog. Het aangepaste doel voor deze fase is als volgt: *de patiënt heeft een algemeen idee van het doel van de gesprekken. Hij kent de werkwijze van de richtlijn en kent zijn eigen doelen.*

Het formuleren van de doelen kan geïntegreerd worden in het bespreken van de geschiedenis. Wanneer tijdens de geschiedenis een (visuele) tijdlijn gemaakt wordt, dat aangeraden wordt voor deze doelgroep, kan besproken worden met de patiënt in welke periode hij vond dat hij zijn leven op orde had. Tevens kan aan de hand van het overzicht besproken worden wat hij voor de toekomst wil en wat niet, waarmee persoonlijke doelen kunnen worden geformuleerd (bijvoorbeeld: een patiënt was tevreden over zijn leven in de periode voorafgaand aan het gepleegde delict. Voor zijn toekomst wil hij niet meer vastzitten en wil hij weer werken. Een persoonlijk doel kan dan zijn ‘niet meer opgepakt worden’). De optionele praktijkopdracht die genoemd wordt in deze fase is voor de LVB-patiënt vaak te lastig om individueel te volbrengen. Met hulp van een mentor/persoonlijk begeleider of iemand uit het netwerk zou



dit wel uitgevoerd kunnen worden. Hierbij kan, indien de patiënt hiermee instemt, de persoon uit het netwerk worden uitgenodigd om bij het gesprek aanwezig te zijn zodat de praktijkopdracht uitgelegd kan worden. Ook kan ervoor gekozen worden om aan deze persoon terugkoppeling te geven over de opdracht.

- Fase 3 (delictscenario)

Vanwege de geheugendisfuncties kan deze fase lastig zijn om samen met de patiënt door te werken. LVB-patiënten weten vaak niet meer goed wat er gebeurd is, waardoor ze de neiging kunnen hebben om dingen te zeggen waarvan ze veronderstellen dit sociaal wenselijk is (de LVB-patiënt kan zeer suggestibel zijn). Voor de delictanalist ligt hier een uitdaging: hij toetst of de patiënt de werkelijkheid weergeeft of dat hij zich voegt naar de, al dan niet uitgesproken, visie van de delictanalist. Ook het spreken over gevoelens is voor een patiënt met LVB veelal ingewikkeld, evenals het overzien van situaties, het aangeven van de bijbehorende beleving en de oorzaak-gevolg redenatie. Deze factoren maken dat het opstellen van het delictscenario bemoeilijkt wordt en het realiteitsgehalte van het scenario in gevaar dreigt te komen (Expertmeeting, 2014).

Wanneer de patiënt gevraagd wordt om over zijn delict na te denken kan dit veel verschillende emoties en een hoge mate van stress veroorzaken. Aangezien er vaak ook sprake is van een gestoorde coping kan het zijn dat de patiënt daardoor niet meer in staat is om mee te werken aan de delictanalyse. Om dit te voorkomen kan de delictanalist het bespreken van het delict zo veel mogelijk structureren. Helpend hierbij is het voorlezen van het proces-verbaal (indien voorhanden), waarna gevraagd wordt aan de patiënt of hij dit vindt kloppen. Dit biedt een duidelijke structuur, waarin de patiënt kan reageren in plaats van dat hij de gebeurtenis moet reproduceren. Bovendien creëert de delictanalist op deze wijze een afstand tussen het dossier en zichzelf: het wordt duidelijk dat de delictanalist enkel het dossier voorleest en nu de kant van de patiënt aan wil horen. Doordat dit onderscheid benadrukt wordt, wordt de werkrelatie versterkt. Een andere werkwijze die helpend kan zijn voor de patiënt, is het opdelen van deze fase in kleinere stappen. Hierbij wordt gezamenlijk beslist wat er in welke volgorde besproken zal worden. Bij beide werkwijzen dient rekening gehouden te worden dat er overzichtelijke hoeveelheden informatie worden verstrekt en dat de delictanalist veel gebruik maakt van herhalingen.

- Fase 4 (functie- en betekenisanalyses)

Hoewel het opstellen van een functieanalyse of een betekenisanalyse samen met de LVB-patiënt veelal niet (geheel) mogelijk zal zijn, is het raadzaam dat de delictanalist deze analyses zelf wel uitvoert. In verschillende wetenschappelijke publicaties wordt het belang van een goede functieanalyse ook bij patiënten met LVB benadrukt. Zo blijkt uit een meta-analyse van Didden, Duker en Korzilius (1997) dat de functieanalyse een belangrijke bijdrage levert aan het bepalen van een geschikte behandeling onder de



LVB-populatie. Niet alleen is de functieanalyse voor de behandeling van de patiënt van belang, ook de communicatie met collega's kan middels functie- en betekenisanalyses worden vergemakkelijkt. De opgestelde functie- en betekenisanalyses dienen met de patiënt besproken te worden, waarbij op een basaal niveau uitgelegd wordt wat dit inhoudt.

- Fase 5 (toetsen indexdelict aan andere delicten)

Naast de eerder genoemde punten onder fase 3, zijn er voor deze fase geen specifieke aanbevelingen.

- Fase 6 (opstellen delicttheorie en rapportage)

Geen specifieke aanbevelingen.

- Fase 7 (terugkoppeling rapportage)

Hoewel dit ook genoemd wordt in de algemene richtlijn, wordt hier extra benadrukt dat het netwerk van de LVB-patiënt betrokken dient te worden bij de terugkoppeling. Dit kan zowel (leden van) het behandelteam zijn, als het gezin of iemand uit de directe omgeving van de patiënt indien de patiënt hier toestemming voor geeft.



5.7.4 Stoornis in het gebruik van middelen

In de DSM-IV-TR wordt onderscheid gemaakt tussen middelenmisbruik en middelenafhankelijkheid. In beide gevallen leidt het gebruik van middelen tot duidelijke beperkingen of lijden in het dagelijks leven. Bij middelenafhankelijkheid is de patiënt de controle over het gebruik van het middel verloren of is er sprake van tolerantie of onthoudingsverschijnselen (American Psychiatric Association, 2000). In de DSM-V is dit onderscheid verdwenen, waarmee deze categorie voortaan ‘stoornis in het gebruik van middelen’ genoemd wordt. De ernst van het gebruik kan in de DSM-V worden ingedeeld in beperkt, matig en ernstig (Van den Brink, 2014). Onder middelen vallen onder andere alcohol, amfetaminen, cannabis, cocaïne en hallucinogenen.

Er bestaat veel comorbiditeit onder patiënten die te maken hebben met een verslaving (Kaal e.a., 2009; Trimbos, 2008; Van den Brink, Van de Glind, & Schippers, 2013). Dit, tezamen met een ingewikkeld gedragspatroon waarin de patiënt het gebruik probeert voort te zetten en tegelijkertijd hulp zoekt (Kerssemakers, Van Meerten, Noorlander, & Vervaeke, 2008), maakt de problematiek veelal lastig. De uitingsvorm van dit gedrag kan per gebruikt middel verschillen.

Algemene aanbevelingen:

Wanneer een delictanalyse wordt afgenomen bij een patiënt bij wie (eveneens) sprake is van verslavingsproblematiek, dienen de cognitieve vermogens en het IQ van de patiënt vastgesteld te zijn. De cognitieve vermogens kunnen door het vaak jarenlange middelengebruik aangetast zijn. De delictanalist moet de delictanalyse aanpassen aan de individuele capaciteiten van de patiënt. Hiernaast is het (nog meer dan bij andere populaties) van belang dat de delictanalyse gedurende de behandeling besproken en geëvalueerd wordt met de patiënt. Het middelengebruik kan de gedachten en de visie van de patiënt op het gepleegde delict namelijk beïnvloeden. De praktijk leert dat patiënten die nog veelvuldig middelen gebruiken, meer escapistisch gedrag vertonen en goedpraters voor het delictgedrag gebruiken dan patiënten die abtinent zijn of waarbij het middelengebruik langere tijd geleden is. Dit geldt met name voor de poliklinische praktijk, waar de kans groter is dat de patiënt nog daadwerkelijk middelen gebruikt en dit gebruik een grotere fluctuatie kent. Wanneer de delictanalist merkt dat er grote veranderingen in het gebruik hebben plaatsgevonden, zal hij de opgestelde delicttheorie samen met de patiënt evalueren. Mogelijk heeft door het veranderend gebruik de patiënt andere inzichten of een andere visie op het gepleegde delict.

Het is belangrijk om te beseffen dat het middelengebruik niet altijd samen hoeft te hangen met het delictgedrag. Het komt in de praktijk voor dat door zowel de patiënt als de behandelaar, de instelling en de rechter snel een koppeling gemaakt wordt tussen het gebruik en het delict, terwijl deze relatie niet altijd (direct) aanwezig is. De delictanalist is hier alert op door verschillende perioden van het leven van de



patiënt na te gaan: *waren er periodes van abstinentie of verminderd gebruik? Zo ja, was er toen sprake van delictgedrag?* De delictanalist kan hierdoor de mogelijke samenhang tussen het middelengebruik en het delictgedrag in kaart brengen.

Tot slot beschikt de delictanalist over specifieke kennis op het gebied van verslavingsproblematiek. Hij weet hoe een bepaald type verslaving verband houdt met een bepaalde stoornis of conditie van de patiënt. De werking van een middel kan door de aanwezigheid van een stoornis namelijk worden beïnvloed.

Specifieke aanbevelingen per fase:

Voor de patiënten met een stoornis in het gebruik van middelen kan de algemene richtlijn gevolgd worden, mits er rekening gehouden wordt met bovengenoemde algemeen geldende aanbevelingen voor deze populatie. Er zijn per fase geen specifieke aanbevelingen.



5.8. Literatuur

- Alphen, van, C., Ammeraal, M., Blanke, C., Boonstra, N., Boumans, H., Bruggeman, R., . . . Van Wel, T. (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Nederland, Utrecht: De Tijdstroom.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Nederland, Utrecht: Lemma.
- Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2011). The role of expressed emotion in relationships between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: a review of the literature. *Schizophrenia bulletin*, 37, 958-972.
- Beyko, M. J., & Wong, S. C. P. (2005). Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: A study of sex offender treatment attrition. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 375-389.
- Blagden, N., Winder, B., Gregson, M., & Thorne, K. (2013). Working With Denial in Convicted Sexual Offenders A Qualitative Analysis of Treatment Professionals' Views and Experiences and Their Implications for Practice. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 57, 332-356.
- Brink, van, den, W. (2014). Verslavingsgedrag van DSM-IV naar DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 206-210.
- Brink, van, den, W., Van de Clind, G., & Schippers, G. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn opiaatverslaving*. Nederland, Utrecht: De Tijdstroom.
- Burrowes, N., & Needs, A. (2009). Time to contemplate change? A framework for assessing readiness to change with offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 39-49.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55, 547-552.
- Cechnicki, A., Bielańska, A., Hanuszkiewicz, I., & Daren, A. (2013). The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. *Journal of psychiatric research*, 47, 208-214.
- Cooke, D. J., & Michie, C. (2010). Limitations of diagnostic precision and predictive utility in the individual case: a challenge for forensic practice. *Law and human behavior*, 34, 259-274.
- Didden, R., Duker, P., & Korzilius, H. (1997). Meta-analytic study on treatment effectiveness for problem behaviors with individuals who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 387-399.
- Didden, R., Niehoff, H., Valenkamp, M., & Rutten, E. (2013). *Theoriehandleiding Grip op Aggressie (GoA): behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief (delict)gedrag*. Zwolle en Woerden, Nederland Trajectum en Van Montfoort.
- Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (2012). *Kwaliteitscriteria*. Geraadpleegd op <http://erkenningscommissie.nl/beoordelingen/allebeoordelingen/exantebeoordeling/kwaliteitscriteria/>
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2009). *Langdurige forensisch psychiatrische zorg Landelijk zorgprogramma voor patiënten binnen de langdurige forensische psychiatrie. Versie 1*. Geraadpleegd op http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/langdurige_forensisch_psychiatrische_zorg_def.pdf
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014a). *Basis zorgprogramma*. Geraadpleegd op http://www.efp.nl/web/images/uploads/publicaties/BasisZP_versie_2.0_def.pdf



- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014b). *Psychotische Stoornissen. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Versie 2.1. Geraadpleegd op* http://www.efp.nl/web/images/uploads/publicaties/ZP_psychotische_stoornissen_versie_2.1.pdf
- Expertmeeting (2014, 24 november & 19 december). Bijeenkomst van experts op het gebied van delictanalyse t.b.v. de richtlijn.
- Finn, S. E. & Tonsager, M. E. (1997). Information-Gathering and Therapeutic Models of Assessment: Complementary Paradigms. *Psychological Assessment*, 1997, 9, 374-385.
- Finn, S. E. & Tonsager, M. E. (2002). How therapeutic assessment became humanistic. *The Humanistic Psychologist*, 30, 10-22.
- Finnegan, D., Onwumere, J., Green, C., Freeman, D., Garety, P., & Kuipers, E. (2014). Negative Communication in Psychosis: Understanding Pathways to Poorer Patient Outcomes. *The Journal of nervous and mental disease*, 202, 829-832.
- Godolphin, W. (2009). Shared decision-making. *Healthcare Quarterly*, 12, 186-190.
- Haas, de, O.P. (1994). Het 4-factorenmodel als basis voor de verpleging en de behandeling binnen de Dr. S. van Mesdagkliniek. (interne publicatie).
- Haynes, S.N., O'Brien, W.B., & Richard, D. (1996). Functieanalyse in de gedragstherapie: het schatten van de sterkte van causale relaties voor het opzetten van behandelprogramma's. *Gedragstherapie*, 29, 289-314.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Huys, W., & Callens, J. (2011). Het bitterzoete online soelaas: behandeling van de drang naar kinderpornografie. *Gedragstherapie*, 44, 163-189.
- Kaal, H.L., Van Ooyen-Houben, M.M.J., Ganpat, S., & Wits, E. (2009). Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap. *Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Cahier 2009-11*.
- Kerssemakers, R., Van Meerten, R., Noorlander, E., & Vervaeke, H. (2008). *Drugs en alcohol. Gebruik, misbruik en verslaving*. Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kerstholt, J., Eikelboom, A., Dijkman, T., Stoel, R., Hermsen, R., & van Leuven, B. (2010). Does suggestive information cause a confirmation bias in bullet comparisons? *Forensic Science International*, 198, 138-142.
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2008). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Nederland, Bussum: Coutinho.
- Korrelboom, K., & Ten Broeke, E. (2014). Natuurlijk kan cognitieve gedragstherapie worden toegepast bij existentiële problemen. *Gedragstherapie*, 47, 73-78.
- Lilienfeld, S. O., Ammirati, R., & Landfield, K. (2009). Giving debiasing away: Can psychological research on correcting cognitive errors promote human welfare? *Perspectives on psychological science*, 4, 390-398.
- Marshall, W. L., Thornton, D., Marshall, L. E., Fernandez, Y. M., & Mann, R. (2001). Treatment of sexual offenders who are in categorical denial: A pilot project. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 205-215.
- Moonen, X., de Wit, M., & Hoogeveen, M. (2011). Mensen met een licht verstandelijke beperking in aanraking met politie en justitie. *Proces*, 90, 235-250.



- Pronk, K. (2014). Analyseren, een functie van betekenis. Functie- en betekenisanalyse, een krachtig hulpmiddel voor diagnostiek en behandeling van een patiënt met adhd en ptss. In W. Houtjes, R. Keukens, B. Koekkoek, B. van Meijel, M. Morsman, T. van de Pasch, & D. Polhuis (Reds.). *Praxis GGZ Verpleegkundig Specialist* (p. 1-14). Geraadpleegd op http://www.ggzvs.nl/Nieuws/PublicatiesPresentaties/Praxis/Praxis2014/Redactie_praxis2014.aspx
- Regieraad Kwaliteit van Zorg (2012). *Richtlijn voor richtlijnen.20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn* (herziene versie). Geraadpleegd op <https://www.zorginstituutnederland.nl/zoeken?query=richtlijn+voor+richtlijn>
- Saeger, de, H., & Kamphuis, J.H. (2011). Therapeutisch psychologisch onderzoek bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen: uitdagingen en kansen. *GZ-psychologie*, 8, 22-28.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ... Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th edition)*. Washington DC: AAIDD.
- Sher, I., Koenig, M., & Rustichini, A. (2014). Children's strategic theory of mind. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111, 13307-13312.
- Sprey, A. (2004). Functieanalyse en betekenisanalyse van persoonlijkheidsstoornissen en van de therapeutische relatie. In *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen* (pp. 91-127). Nederland, Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tan, N., & Van Os, J. (2014). Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 167-172.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek*. Nederland, Den Dolder: De Borg. Trimbos Instituut (2008). Multidisciplinaire richtlijn Stoornissen in het gebruik van Alcohol. Geraadpleegd op Http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/richtlijn/item/pagina.php&id=920&richtlijn_id=73
- Vanhoeck, K., & Van Daele, E. (2011). Denial of sexual crimes: A therapeutic exploration. In D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner, & F. Pfafflin (Eds.), *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: Theory, practice and research* (pp.355-373). Chichester, UK: Wiley. In: Blagden, N., Winder, B., Gregson, M., & Thorne, K. (2013). Working With Denial in Convicted Sexual Offenders A Qualitative Analysis of Treatment Professionals' Views and Experiences and Their Implications for Practice. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 57, 332-356.
- Ward, T., & Beech, A.R. (2015). Dynamic risk factors: a theoretical dead-end? *Psychology, Crime & Law*, 21, 100-113.
- Werf, van, der, B., Weijers, R., & Manders, R. (2000). Richtlijnen voor de omgang met mensen met een paranoïde psychose. *Psychopraxis*, 2, 73-76.



Hoofdstuk 6: Implementatie

Voor succesvolle implementatie in de praktijk zullen een aantal stappen moeten worden ondernomen. De implementatie van de richtlijn valt niet onder de opdracht van deze call. Op basis van de ervaringen rondom de ontwikkeling van de richtlijn kunnen er echter wel aanbevelingen worden gedaan voor het opstellen van een toekomstig implementatieplan. In dit hoofdstuk zullen deze aanbevelingen kort worden beschreven, alsook de (eventueel) te verwachten moeilijkheden rondom implementatie.

6.1. Aanbevelingen vanuit de literatuur

In de wetenschappelijke literatuur worden legio implementatiestrategieën beschreven. In het kader van dit project gaat het te ver om deze literatuur uitvoerig te beschrijven. De literatuur wordt daarom slechts summier beschreven.

Door KFZ is een werkdocument (2015) verstrekt over implementatie van interventies. Hierin worden verschillende documenten aangedragen die kunnen helpen bij het opstellen van een plan van implementatie, waaronder informatie afkomstig van ZonMw, IZZ Zorgverzekeraar en Vilans. Geen van deze documentatie is specifiek gericht op de forensische zorg. KFZ werkt daarom momenteel aan het schrijven van aanbevelingen voor implementatie in dit veld. Op het moment van schrijven van dit rapport zijn deze aanbevelingen echter nog niet gepubliceerd; dit hoofdstuk zal daarom gebaseerd zijn op de algemene documentatie omtrent implementatie in de gezondheidszorg.

Implementatie behelst niet enkel het invoeren van een interventies: ook andere aspecten spelen hierbij een belangrijke rol. In de wetenschappelijke literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen diffusie en disseminatie (o.a. Dearing, 2008). In een rapport van Van Barneveld, Van den Broek, Burgers, Schouten en Van de Steeg (2006) die een leidraad bieden voor het implementeren van richtlijnen, worden naast deze begrippen ook adoptie en implementatie aangehaald op basis van een handboek van Grol en Wensing (2001). De begrippen worden als volgt gedefinieerd:

- Diffusie: verspreiden (verzenden) van informatie aan de doelgroep.
- Disseminatie: communicatie van informatie naar hulpverleners om kennis en vaardigheden te vergroten. Het is actiever dan diffusie en gericht op een specifieke doelgroep.
- Adoptie: positieve houding en beslissing om de informatie eigen te maken.
- Implementatie: invoering van een innovatie in de dagelijkse routine, waarbij effectieve communicatiestrategieën vereist zijn en belemmeringen om te veranderen weggenomen worden door het gebruik van educatieve en beleidsmatige technieken.



Het enkel verspreiden van informatie is voor implementatie dus niet voldoende; er zal moeten worden voldaan aan de andere stappen voordat implementatie mogelijk is.

Implementatiestrategieën kunnen op verschillende wijzen worden onderverdeeld. In een artikel van Plas en collega's (2007) worden strategieën gericht op organisatiestructuren, strategieën gericht op werkprocessen, strategieën gericht op organisatieprocessen en strategieën gericht op de maatschappij onderscheiden. Hierbij is het onderscheid gebaseerd op de vraag voor wie of wat de implementatie van toepassing is. Voor de implementatie van de richtlijn voor delictanalyse zou volgens deze indeling de strategieën gericht op werkprocessen moeten worden gevolgd.

De precieze implementatiestrategie die gekozen wordt is niet enkel afhankelijk van het type interventie; volgens Wensing en collega's (2010) wordt de keuze voor implementatiestrategie gebaseerd op en vloeit deze voort uit beleidskeuzes. Wensing en collega's (2010) schetsen in hun rapport een beeld van de aanpak van implementatie en implementatieonderzoek in Nederland. Dit rapport is gebaseerd op een literatuuronderzoek en een praktijkonderzoek. Duidelijk wordt dat implementatiestrategieën niet sector gebonden zijn. Ook is het niet mogelijk om één strategie of een combinatie van strategieën te benoemen die succesvol zijn. Volgens Wensing en collega's zijn er contextvariabelen te onderscheiden die bijdragen aan succesvolle implementatie (zie tabel 7). Deze contextvariabelen zijn belangrijk volgens Wengers en collega's (2010, p.18) en geven aan dat de effectiviteit van de implementatie sterk samenhangt met de context waarbinnen de implementatie plaatsvindt.

Tabel 7. Contextvariabelen voor succesvolle implementatie (p.7, Wensing e.a., 2010)

Sociale contacten en samenwerking tijdens het implementatietraject lijken belangrijke aangrijpingspunten voor het delen van verantwoordelijkheden en de borging van de geïmplementeerde resultaten of instrumenten.

Implementatiestrategieën worden in alle fasen van implementatie ingezet en meervoudige implementatiestrategieën lijken effectiever dan enkelvoudige. Communicatie, informatieverstrekking en het inbouwen in bestaande procedures of organisaties komen daarbij het meest nadrukkelijk naar voren.

Voldoende tijd, capaciteit en rust in de organisatie zijn belangrijke factoren in de context van implementaties. Ook steun van het management of bestuur lijkt cruciaal.

Contextfactoren en succes zijn voor een belangrijk deel duidelijk gerelateerd aan een specifiek cluster.

Fundamenteel onderzoek en ook effectstudies en valideringsonderzoek zijn geen implementaties, maar voorbereidende onderzoeksactiviteiten. De relatie tussen onderzoek en praktijkimplementaties vraagt om extra inzet en verder onderzoek.



Uit de besproken literatuur blijkt dat implementatie meer is dan enkel het invoeren van een interventie. Voor succesvolle implementatie moet worden voldaan aan diffusie, disseminatie, adoptie en implementatie. Ook moet een implementatiestrategie worden gekozen. Geen van deze strategieën is aan te wijzen als zijnde altijd effectief: de effectiviteit van de strategie is afhankelijk van de context.

6.2. Mogelijke belemmeringen implementatie van de richtlijn

Zoals bij iedere implementatie aan de orde is, loopt ook de richtlijn voor delictanalyse een risico om hindernissen tegen te komen bij de implementatie. Een eerste hindernis die verwacht wordt, is de implementatie van de richtlijn bij FPA's en FPP's. Zoals eerder beschreven is de richtlijn gericht op de gehele forensisch psychiatrische zorg. De tijdsinvestering die de richtlijn vergt zal echter niet in iedere instelling mogelijk of wenselijk zijn. Gedurende het project zijn verschillende interviews gevoerd met functionarissen afkomstig van FPA's en FPP's, gericht op het formuleren van suggesties voor aanpassing voor deze sectoren. De verschillen waren echter te groot om hier een duidelijk standpunt in te nemen, waardoor de richtlijn noodgedwongen minder concreet is. De implementatie vergt hierdoor creativiteit en flexibiliteit om de intensiteit en de frequentie aan te passen aan de sector en de behoeften van de patiënt.

Burgers (2002) noemt in zijn proefschrift kenmerken van effectieve aanbevelingen (tabel 8). Wanneer deze kenmerken vergeleken worden met de richtlijn voor delictanalyse, wordt duidelijk dat de richtlijn niet (geheel) aan deze kenmerken voldoet waardoor mogelijk implementatieproblemen kunnen ontstaan. Weliswaar is de richtlijn zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek, er was te weinig onderzoek voorhanden om op basis van de literatuur de gehele richtlijn te baseren. Aan dit kenmerk kan dus slechts gedeeltelijk worden voldaan. Ook aan het kenmerk 'de aanbeveling maakt geen deel uit van een complexe beslisboom' voldoet de richtlijn gedeeltelijk. De richtlijn is zo concreet mogelijk opgesteld, maar er kon niet worden voorkomen dat bepaalde beslissingen bij de delictanalist blijven liggen. Een voorbeeld hiervan is de zojuist genoemde aanpassing in de FPA's en FPP's.

Een ander kenmerk waar de richtlijn niet geheel aan voldoet, is het punt 'de toepassing van de aanbeveling vereist geen verandering van bestaande routines en gewoonten' en hierbij 'de toepassing van de aanbeveling vereist geen veranderingen in de organisatie'. Niet alleen de gehanteerde werkwijze voor delictanalyse zal moeten worden aangepast; hiermee samenhangend zal ook in een aantal instellingen de reeds opgestelde zorgpaden aangepast moeten worden (en dus een verandering in de organisatie). Dit is bijvoorbeeld het geval bij instellingen die op basis van het dossier een delictanalyse opstellen, waarna een behandeling start om het delictscenario op te stellen. Deze behandellijn wijkt af van die in de richtlijn; het delictscenario is immers al samen met de patiënt opgesteld tijdens het proces van delictanalyse. Aangezien de richtlijn voor delictanalyse mogelijk niet overeenkomt met het de eigen ideeën over delictanalyses (uit het praktijkonderzoek blijkt immers dat de delictanalyse talloze werkwijzen en definities kent), zullen de



bestaande normen en waarden omtrent delictanalyse niet altijd overeenkomen. Met al deze punten zal rekening gehouden mee moeten worden bij de implementatie.

Tot slot verdient het kenmerk 'de toepassing van de aanbeveling vereist geen nieuwe kennis of vaardigheden' de aandacht. Ondanks dat er in de richtlijn geen nieuwe vaardigheden worden beschreven, zullen de principes en benodigde technieken wel extra getraind kunnen worden om de kwaliteit van de uitvoering te waarborgen. Meer informatie over de beoogde training wordt gevonden in paragraaf 6.4.

Tabel 8. Kenmerken van effectieve aanbevelingen (Burgers, 2002)

De aanbeveling is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek
De aanbeveling is concreet en specifiek geformuleerd
De aanbeveling is eenvoudig op te volgen
De aanbeveling maakt geen deel uit van een complexe beslisboom
De aanbeveling sluit aan bij de bestaande normen en waarden in dagelijkse praktijk
De toepassing van de aanbeveling vereist geen nieuwe kennis of vaardigheden
De toepassing van de aanbeveling vereist geen veranderingen in de organisatie
De toepassing van de aanbeveling vereist geen verandering van bestaande routines en gewoonten
De toepassing van de aanbeveling leidt niet tot negatieve reacties van patiënten

6.3. Mogelijke bevorderende factoren voor implementatie

De zojuist genoemde kenmerken van Burgers (2002) bieden ook zicht op de sterke kanten van de richtlijn. Hoewel zojuist genoemd als een mogelijke belemmerende factor, is de gedeeltelijke wetenschappelijke basis van de richtlijn ook een sterk punt. Veel van huidige werkwijzen voor delictanalyse zijn niet gebaseerd op wetenschappelijke theorieën. Ondanks dat de richtlijn dus niet geheel op wetenschappelijk onderzoek kon worden gebaseerd, kan de richtlijn in dit opzicht worden beoordeeld als een verrijking op de bestaande werkwijzen.

Een ander sterk punt van de richtlijn is dat deze zo concreet en specifiek mogelijk geformuleerd. De ervaringen die gedeeld zijn in de pilotstudie tonen aan dat deze eveneens als begrijpelijk worden beschouwd. De richtlijn is zo algemeen mogelijk opgeschreven, zodat deze geschikt is voor zoveel mogelijk sectoren. Tegelijkertijd is er rekening gehouden met de responsiviteit die in ieder geval bij bepaalde groepen een extra belangrijke rol heeft. Ook wordt het verwacht dat door het samenwerkende karakter de richtlijn niet tot (extra) negatieve reacties van patiënten leidt. In de pilotstudie zijn geen negatieve reacties van patiënten gerapporteerd. Hoewel dit erop wijst dat de richtlijn inderdaad niet tot (extra) negatieve reacties leidt, moet de kanttekening geplaatst worden dat meer ervaringen nodig om dit met zekerheid vast te stellen.



Hoewel dit punt niet direct wordt genoemd in de kenmerken van effectieve aanbevelingen van Burgers (2002), is de richtlijn tot stand gekomen door een intensieve samenwerking tussen een groot aantal forensische instellingen. De functionarissen hebben zowel bijgedragen aan de ontwikkeling van de richtlijn door het geven van interviews, het aandragen van informatie, het deelnemen aan expertmeetings, het leveren van feedback in de commentaarroude en deelname aan de pilotstudie. Ook zijn de functionarissen gedurende de ontwikkeling op de hoogte gehouden van het proces middels nieuwsbrieven. De richtlijn is hiermee een gezamenlijk product geworden. Hoewel door de grote verscheidenheid aan ideeën niet alle visies verwerkt konden worden in de richtlijn, is de richtlijn zoveel mogelijk in overleg samengesteld. Er is zo getracht om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de normen en waarden van de praktijk. Hoewel dit niet in alle gevallen zo zal zijn (zie eerder punt in paragraaf 6.2), is ook te verwachten dat veel professionals door hun eerdere betrokkenheid en bekendheid met de richtlijn naar verwachting positief tegenover de delictanalyse staan. Dit vergroot naar verwachting de implementatiekansen.

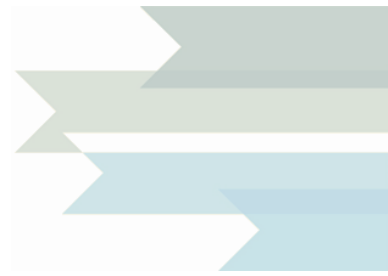
Tot slot wordt de richtlijn kosteloos verstrekt aan de gehele forensische zorg, De richtlijn is zo vrij toegankelijk voor de zorg, waardoor de financiële drempel om de richtlijn over te nemen gering is. Door deze sterke kanten van de richtlijn is het aannemelijk dat er bereidheid bestaat bij zorgverleners in de forensische psychiatrie om de richtlijn te gebruiken. Deze bereidheid is nodig om de richtlijn succesvol te kunnen implementeren.

6.4. Suggesties voor implementatie van de richtlijn

Zoals eerder beschreven zijn een aantal stappen nodig voor implementatie. Per stap wordt aangegeven wat de suggesties zijn vanuit de projectgroep. Naast deze suggesties is het belangrijk dat er effectstudies worden gedaan naar de *treatment utility* (effectieve bijdrage van de interventie aan de behandeling). Indien blijkt dat de richtlijn een effectieve bijdrage heeft op factoren zoals *treatment readiness*, *self efficacy*, de ervaren barrières voor behandeling, motivatie, inzicht in risicofactoren, het opstellen van behandeldoelen en bijdraagt aan een kortere behandelduur, zal de latere implementatie vergemakkelijkt worden.

❖ Diffusie

De diffusie is gedeeltelijk al in gang gezet door het betrekken van de forensische zorg bij de ontwikkeling van de richtlijn en het versturen van de nieuwsbrieven. Ook is de ontwikkeling van de richtlijn gepresenteerd op het Festival Forensische Zorg, waardoor er binnen het veld al enige bekendheid met de richtlijn ontstaan is. De verdere verspreiding van de richtlijn zal gedeeltelijk door de projectgroep gedaan worden: de richtlijn wordt na goedkeuring door KFZ verstuurd aan personen die betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn. Dit houdt in dat in ieder geval 32 instellingen de informatie krijgen toegestuurd. Hiernaast zal de richtlijn naar verschillende stuurgroepen worden gestuurd, zoals het LB HIV



en het poliplatform.

Naast deze eerste verspreiding van de richtlijn is het belangrijk dat de richtlijn toegankelijk is voor instellingen die gedurende het onderzoek niet geïncorporeerd zijn of waarmee het contact niet tot stand is gekomen. KFZ speelt hierin een belangrijke rol: de richtlijn zal op hun website gemakkelijk toegankelijk moeten worden gemaakt. De toegankelijk alleen is echter niet voldoende; er zal aandacht besteed moeten worden in het forensische veld over het verschijnen van de richtlijn. Een suggestie is om dit middels nieuwsbrieven vanuit KFZ te bewerkstelligen. Ook is het raadzaam op de website van het EFP en KFZ melding te maken van de nieuw verschenen richtlijn. Tot slot kan ter bevordering van de diffusie van de richtlijn een symposium georganiseerd worden, waarin de richtlijn wordt gelanceerd.

❖ Disseminatie

Hoewel de delictanalyse voor de meeste functionarissen geen nieuwe kennis bevat of nieuwe vaardigheden vereist, is het raadzaam om een training te ontwikkelen om de delictanalisten voor te bereiden op het opstellen van de delictanalyse. Deze training biedt aanvullende informatie over de belangrijkste gehanteerde theorieën en technieken (bijvoorbeeld het shared decision making model, de motivationele gespreksvoering en de functie- en betekenisanalyses). Aangezien de richtlijn een gezamenlijk product is van de forensische zorg, is het raadzaam om bij iedere forensische instelling de precieze expertise te inventariseren en in te zetten tijdens de training. Zo worden enerzijds de kosten van de training zo laag mogelijk gehouden en blijft de richtlijn anderzijds een gezamenlijk product. Mocht de training op deze wijze worden vormgegeven, is het raadzaam om één coördinerende partner in te huren om de praktische zaken rondom de training te regelen.

In het rapport van Wensing en collega's (2010) wordt aanbevolen om sociale media te betrekken bij implementatie. Voor de richtlijn van delictanalyse zou het behulpzaam kunnen zijn om een applicatie of website te ontwikkelen waarin delictanalisten met elkaar in contact kunnen komen op een beveiligd forum. Op deze wijze wordt kennis gedeeld en dus vergroot. Ook kunnen suggesties voor aanpassingen aan de richtlijn worden gedaan, die in een jaarlijkse bijeenkomst gebundeld kunnen worden en kunnen worden besproken (zie volgende suggestie).

❖ Adoptie

Tijdens de expertmeetings is naar voren gekomen dat de deelnemers het als behulpzaam hebben ervaren om met collega's vanuit verschillende instellingen samen bij te dragen aan de ontwikkeling van een interventie. De betrokken experts droegen aan dat voor de doorontwikkeling van het product een jaarlijkse bijeenkomst wenselijk is. Ervaringen kunnen worden uitgewisseld, moeilijke casussen kunnen worden ingebracht en punten van de richtlijn die in de praktijk niet goed verlopen kunnen worden aangepast na



overleg. Als dit idee wordt uitgevoerd is het niet enkel waarschijnlijk dat de werkbaarheid van de richtlijn verhoogd wordt, maar ook dat de richtlijn in steeds meer instellingen geïmplementeerd wordt. De experts die deel zullen nemen aan deze bijeenkomsten, kunnen namelijk worden aangemerkt als de zogenaamde ‘innovators’ (mensen die graag nieuwe ideeën uitproberen) en early adoptors (mensen die veranderingen snel aanvaarden en hiermee de onzekerheid bij collega’s omtrent de verandering wegnemen) (Barneveld e.a., 2006). Zij zullen op deze wijze overige persoonsleden kunnen enthousiasmeren voor de richtlijn en de benodigde voorwaarden creëren binnen de instellingen zodat implementatie mogelijk is.

❖ Implementatie

De daadwerkelijke implementatie van de richtlijn is afhankelijk van de instelling zelf. Zoals eerder beschreven zal de richtlijn in de zorgpaden moeten worden opgenomen en zal het daarin een integraal onderdeel moeten vormen.

6.5. Conclusie

Het implementeren van de richtlijn binnen de gehele forensische psychiatrie zal tijd en inzet nodig hebben. Door de eerder uitvoerig beschreven verscheidenheid aan delictanalyses zal in veel instellingen de richtlijn niet direct aansluiten bij de actuele zorgpraktijk en zorgpaden. Aanpassingen in de zorgpaden zullen in veel instellingen nodig zijn voordat de richtlijn geïmplementeerd kan worden. Dit vraagt niet enkel bereidheid en inzet van de instelling, maar kost ook tijd. Hiernaast moeten de functionarissen die uiteindelijk met de richtlijn gaan werken, goed geïnformeerd en getraind worden. Ook zij moeten bereid zijn om de verandering in werkwijze aan te gaan. Hoewel de inschatting is dat er voldoende draagvlak is voor de richtlijn, zal er moeten worden geïnvesteerd om alle functionarissen te bereiken, te ondersteunen en te motiveren om de richtlijn daadwerkelijk te implementeren.

Om zowel de instellingen als de functionarissen te informeren veel tijd en inzet kost, strekt de aanbeveling om voorafgaand aan de implementatie een uitgebreid implementatieplan te schrijven. Dit plan waarin concrete stappen voor implementatie staan beschreven, zal nauwlettend gevolgd moeten worden door een functionaris om aan de behoeften in het veld tijdens het veranderingsproces te kunnen voldoen (Van Barneveld e.a., 2006). Voor succesvolle implementatie zal daarom in de ogen van de projectgroep financiële middelen en infrastructuur ontwikkelen moeten worden.

6.6. Literatuur

- Barneveld, van, T.A., Broek, van, den, L., Burgers, J.S., Schouten, L.M.T., & Steeg, van, de, H.C. (2006). *Implementeren richtlijnen. Een leidraad voor adviseurs* [werkdocument]. Geraadpleegd op http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Implementeren%20van%20richtlijnen_een%20leidraad%20voor%20adviseurs.pdf
- Burgers J.S. (2002). *Quality of clinical practice guidelines*. [proefschrift]. Nijmegen, Nederland.



- Dearing, J. W. (2008). Evolution of diffusion and dissemination theory. *Journal of Public Health Management and Practice*, 14, 99-108.
- Grol, R., & Wensing, M. (2001). *Implementatie: effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen, Nederland: Elsevier gezondheidszorg. In Barneveld, van, T.A., Broek, van, den, L., Burgers, J.S., Schouten, L.M.T., & Steeg, van, de, H.C. (2006). *Implementeren richtlijnen. Een leidraad voor adviseurs* [werkdocument]. Geraadpleegd op http://www.ha-ring.nl/download/literatuur/Implementeren%20van%20richtlijnen_ een%20leidraad%20voor%20adviseurs.pdf
- Kwaliteit Forensische Zorg. (2010). *Informatie over Implementatie in de zorg* [werkdocument]. Geraadpleegd op http://www.efp.nl/web/images/uploads/Implementatie_Informatie.pdf
- Plas, M., Fleuren, M., Friele, R., Haaijer-Ruskamp, F., Keijsers, J., Ravensbergen, J., Klazinga, N., & Wensing, M. (2007). Begrippenkader voor het 'wat' en het 'waarom' bij implementatie van vernieuwingen in patiëntenzorg en preventie. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3, 160-165.
- Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., Bont, de, A., Mul, de, M., Friele, R., Heiligers, P., & Niet, van, der, A. (2010). *Kennis van Implementatie Programma*. Geraadpleegd op: <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Kennis-van-Implementatie-Programma.pdf>



Hoofdstuk 7: Kwaliteitscriteria

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe er tijdens dit project invulling is gegeven aan het zoeken naar samenhang tussen de resultaten van het project en de kwaliteitscriteria zoals opgesteld door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (hierna: de Erkenningscommissie)³. De delictanalyse is in zekere zin immers ook een interventie. De Erkenningscommissie beoordeelt de kwaliteit en de effectiviteit van gedragsinterventies gericht op recidivevermindering voor jeugdigen en volwassenen. Om deze beoordeling te kunnen maken, heeft de Erkenningscommissie verschillende kwaliteitscriteria opgesteld. In totaal zijn tien criteria geformuleerd (zie tabel 9). Per criterium zal toelichting worden gegeven op de inhoud hiervan en welke samenhang er is tussen de richtlijn voor delictanalyse en het specifieke criterium.

Wanneer de richtlijn voor delictanalyse wordt getoetst aan de criteria, wordt direct duidelijk dat er een verschil bestaat tussen de gedragsinterventie zoals gedefinieerd door de Erkenningscommissie en zoals deze is gedefinieerd in de richtlijn. De Erkenningscommissie heeft de gedragsinterventie gedefinieerd als ‘een programmatisch en gestructureerd geheel van methodische handelingen gericht op het beïnvloeden van iemands gedrag of omstandigheden’ (Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, n.d.). De richtlijn is echter niet direct gericht op het beïnvloeden van gedrag of omstandigheden; het doel is om zicht te krijgen op de factoren die behandeld moeten worden of waar risicomanagement op uitgezet moet worden. Het biedt zo een meer indirecte wijze van beïnvloeding van gedrag en het verminderen van recidive. Door dit fundamentele verschil, kan de richtlijn voor delictanalyse niet aan ieder criterium voldoen, ofwel kan niet voldaan worden aan alle aandachtspunten behorend bij een criterium. In de volgende paragrafen zal dit worden toegelicht.

Tabel 9. Overzicht Kwaliteitscriteria (Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2012)

Criteriaum 1: Theoretische onderbouwing
Criteriaum 2: Selectie van justitiabelen
Criteriaum 3: Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren
Criteriaum 4: Effectieve (behandel)methoden
Criteriaum 5: Vaardigheden

³ De Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie wordt per 15 oktober 2015 opgeheven. De opdrachtgever van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, de minister van Veiligheid en Justitie (V&J), heeft hier onlangs toe besloten in het kader van de herziening van het kwaliteitssysteem voor justitiële gedragsinterventies. De taak van het beoordelen van justitiële interventies wordt overgedragen aan een nog in te richten deelcommissie van de Erkenningscommissie Interventies. Ten tijde van het schrijven van dit rapport was dit besluit nog niet genomen.



criterium 6: Fasering, intensivering en duur

criterium 7: Betrokkenheid en motivatie

criterium 8: Continuïteit

criterium 9: Interventie-integriteit

criterium 10: Evaluatie

7.1. Kwaliteitscriteria en onderbouwing

Criterium 1: Theoretische onderbouwing

Dit criterium beschrijft dat de gedragsinterventie moet worden gebaseerd op een analyse van delictgedrag (het verklaringsmodel) en op een veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond. Het verklaringsmodel wordt door de Erkenningscommissie beschreven als ‘een analyse van het (delict)gedrag en de mechanismen waardoor dit gedrag ontstaat, in stand wordt gehouden of wordt versterkt’ (Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2012, p.2). Het kent hiermee overeenkomsten met de delictanalyse en meer specifiek met de delicttheorie. In beide gevallen gaat het over de samenhang tussen verschillende factoren in relatie tot het delictgedrag. Er bestaat echter een belangrijk verschil tussen het verklaringsmodel en de delicttheorie. Het verklaringsmodel wordt omschreven als een wetenschappelijk onderbouwd theoretisch kader voor een bepaalde groep. Hierbij kan bijvoorbeeld onderscheid worden gemaakt op type delict of type stoornis. Het betreft dus een meer algemeen model. De delicttheorie betreft een verklaring toegespitst op het individu over hoe het specifieke delict van deze persoon tot stand heeft kunnen komen, waarbij rekening wordt gehouden met diverse factoren. Deze theorie zal veelal wel ingegeven worden door wetenschappelijke kennis, maar zal door het individuele karakter niet voor elke afzonderlijke delictanalyse wetenschappelijk onderbouwd kunnen zijn. Wetenschappelijke kennis die in ieder geval gebruikt wordt zijn de principes van het RNR-model en van het GLM.

Het veranderingsmodel beschrijft op wetenschappelijke gronden ‘hoe het delictgedrag wordt veranderd door de gedragsinterventie’ (Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2012, p.3). In het veranderingsmodel moet duidelijk worden welke criminogene- en protectieve factoren methodisch beïnvloed gaan worden en middels welke veranderingsmechanismen dit gedaan zal worden. In de richtlijn voor delictanalyse worden al deze factoren onderzocht en in kaart gebracht; er zijn echter geen specifieke factoren waar de richtlijn zich op richt om veranderingen tot stand te brengen. Aangezien de delictanalyse niet primair gericht is op het veranderen van delictgedrag, is van een veranderingsmodel zoals beschreven



door de Erkenningscommissie dus geen sprake. Wel draagt de delictanalyse bij aan verandering. Dit is zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke literatuur.

De richtlijn draagt bij aan veranderingen door in de eerste plaats in kaart te brengen op welke factoren de behandeling gericht moet worden. Ook kan door de delictanalyse de 'treatment readiness' vergroot worden. Treatment readiness wordt door Ward, Day, Howells en Birgden (2004, p.650) gedefinieerd als "the presence of characteristics (states or dispositions) within either the client or the therapeutic situation, which are likely to promote engagement in therapy and which, thereby, are likely to enhance therapeutic change" (*vertaling: de aanwezigheid van de kenmerken (situationeel of dispositioneel) binnen de cliënt of de therapeutische situatie, waarvan waarschijnlijk wordt geacht dat zij de toewijding in therapie bevorderen en die daardoor waarschijnlijk de therapeutische verandering vergroten*). Door het vaak aanwezige gedwongen karakter van behandeling in de forensische psychiatrische zorg zijn patiënten bij binnenkomst veelal (nog) niet intrinsiek gemotiveerd om deel te nemen aan behandeling. De richtlijn voor delictanalyse is sterk gericht op de versterking van de samenwerking en kan helpen om de motivatie voor behandeling te vergroten.

Criterion 2: Selectie van justitiabelen

De selectie van justitiabelen behelst de precieze doelgroep van de interventie die beschreven wordt. Er dienen volgens dit criterium voorwaarden voor deelname en uitsluiting te worden geformuleerd. In de richtlijn wordt aangegeven wat de doelgroep is van de delictanalyse. Hierbij wordt eveneens aangegeven dat er in principe geen exclusiecriteria zijn. Gezien de doelgroep van de richtlijn zijn er geen selectiecriteria opgenomen; de richtlijn is immers bedoeld voor alle patiënten in de forensische zorg. Uiteraard dient er wel sprake te zijn van (dreigend) delictgedrag.

Criterion 3: Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren

Volgens criterium drie dient de gedragsinterventie gericht te zijn op het veranderen van de dynamische criminogene factoren met als doel recidivevermindering. Tevens dient de interventie erop gericht te zijn om de protectieve factoren positief te beïnvloeden. Aangezien de delictanalyse niet als primair doel heeft om een gedragsverandering te bewerkstelligen, wordt er op een andere wijze invulling gegeven aan dit criterium. De delictanalyse richt zich onder andere op het identificeren van de (dynamische) criminogene factoren en protectieve factoren en tracht deze middels een overkoepelende analyse (de delicttheorie) in beeld te krijgen. Zo biedt het een overzicht van de onderling samenhangende factoren waarop de behandeling gericht zou moeten worden.



Criterion 4: Effectieve (behandel)methoden

De gedragsinterventie dient (behandel)methoden en –technieken te bevatten die aantoonbaar effectief zijn. Tevens wordt in dit criterium aangegeven dat de interventie plaats dient te vinden aan de hand van een duidelijke beschrijving van de gebruikte methoden.

Voor het ontwikkelen van de richtlijn voor delictanalyse is uitvoerig literatuuronderzoek (zie hoofdstuk 1) gedaan. Het bleek echter dat er nauwelijks onderzoek gedaan is naar delictanalyse en de hiervoor gehanteerde methodes. Op basis van de over delictanalyse konden hierdoor geen effectieve methoden geïdentificeerd worden. Om de richtlijn zoveel mogelijk te baseren op methoden en uitgangspunten die evidence based zijn, is gezocht naar theorieën en methoden die voor input konden zorgen voor de richtlijn (zie hoofdstuk 3). Deze theorieën en methoden gaven niet direct richting aan een model voor de delictanalyse, maar konden in vorm wel als een van de bouwstenen van de interventie gebruikt worden.

Criterion 5: Vaardigheden

Criterion vijf betreft het aanleren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden om delictgedrag te kunnen vermijden in de toekomst. Dit criterium is niet van toepassing op de delictanalyse, aangezien de delictanalyse niet gericht is op het aanleren van (ander) gedrag, maar gericht is op het verkrijgen van zicht op de onderliggende factoren die bijgedragen hebben aan het plegen van het delict.

Criterion 6: Fasering, intensivering en duur

In criterium zes wordt beschreven dat bij effectieve gedragsinterventies de intensiteit en de duur van de interventie aan dienen te sluiten bij de hoogte van het recidiverisico van de deelnemers aan de interventie. De duur van de delictanalyse is in de richtlijn per fase aangegeven. Dit kan indien nodig aangepast worden aan de behoeftes van de patiënt. De richtlijn is voornamelijk gebaseerd op een situatie waarin sprake is van langdurige klinische opname. Deze populatie heeft een hoog recidiverisico waardoor de gehele behandeling intensief van aard zal zijn. De intensiteit en de duur van de richtlijn sluiten hierbij aan. De kenmerken van de patiëntpopulatie in de poliklinieken en de forensische psychiatrische afdelingen verschillen op vele vlakken van de patiënten die langdurig klinisch worden opgenomen. Derhalve zal klinische aanpassing nodig zijn in intensiteit, frequentie en algehele tijdsduur van de richtlijn om aan te sluiten bij deze doelgroep.

De faseopbouw in de richtlijn kon door het gebrek aan wetenschappelijke literatuur omtrent delictanalyse onvoldoende gebaseerd worden op de literatuur. Zoals aangegeven onder criterium vier, zijn gelieerde modellen en technieken gebruikt voor de ontwikkeling van de richtlijn. Deze modellen leverden ook informatie over de faseopbouw. Voornamelijk literatuur over het therapeutisch psychologisch



onderzoek, het shared decision making model, motivationele gespreksvoering en literatuur over responsiviteit / treatment readiness hebben hieraan een belangrijke bijdrage geleverd. De precieze overwegingen worden in hoofdstuk 4 ‘de ontwikkeling van de richtlijn’ nader toegelicht.

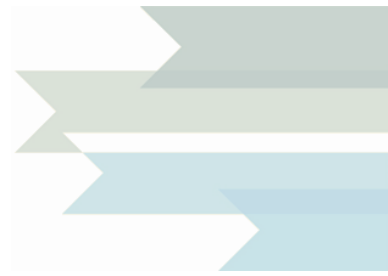
criterium 7: Betrokkenheid en motivatie

Criterium zeven beschrijft het belang van betrokkenheid en motivatie van deelnemers aan interventies. Er wordt in dit kader aangegeven dat zowel de betrokkenheid als de motivatie aan het begin van de interventie dient te worden vastgesteld, en waar nodig bevorderd en gestimuleerd zou moeten worden. De hierboven genoemde gebruikte modellen voor de opbouw van de fases in de delictanalyse zijn gericht op het vergroten van de betrokkenheid van de patiënt. Er wordt gestreefd naar een optimale afstemming op de patiënt waarin de visie en ideeën van de patiënt gezamenlijk kunnen worden onderzocht. De onderbouwing voor de gekozen technieken en modellen kan worden gevonden in hoofdstuk 3 ‘verdiepend literatuuronderzoek’ en wordt toegelicht in de richtlijn.

criterium 8: Continuïteit

In criterium acht wordt onderscheid gemaakt tussen gelijktijdige continuïteit en volgtijdelijke continuïteit. Onder gelijktijdige continuïteit wordt de afstemming verstaan tussen overige vormen van begeleiding tijdens de interventie. Op het moment dat de delictanalyse wordt afgenomen zal de patiënt (nog) slechts een beperkt aantal andere behandelcontacten hebben, omdat de precieze behandeling en risicomanagement mede aan de hand van de delictanalyse zal worden bepaald. Afstemming met andere disciplines zoals de sociotherapie, behandelcoördinator en de psychiater wordt aangeraden. Ook moet afstemming plaatsvinden met de afname van de risicotaxatie. De richtlijn kan hiernaast bijdragen aan een betere continuïteit bij overplaatsingen: indien in verschillende instellingen de richtlijn gevolgd wordt, kan de delictanalyse overgenomen worden. Overplaatsingen kunnen voor zowel de instellingen als de patiënt voorspoediger verlopen, omdat voortgeborduurd kan worden op de eerdere delictanalyse.

Onder volgtijdelijke continuïteit wordt het verdere verloop na afloop van de interventie bedoeld; het betreft het behoud en de uitbreiding van de effecten van de interventie. De delictanalyse biedt zicht op de factoren die een rol hebben gespeeld bij de delictpleging en bieden hierdoor een raamwerk van factoren waar behandeling c.q. risicomanagement op moet worden gericht. De volgtijdelijke continuïteit is derhalve niet zozeer gericht op het behoud van mogelijke effecten die de delictanalyse te weeg heeft gebracht, maar betreft de gehele verdere behandeling. Hierbij moet een duidelijke koppeling met het behandelplan worden gemaakt, maar ook met de ROM, behandelbeoordeling en met verlof en verlenging. Inbedding van de richtlijn in de zorgpaden is voor een goede volgtijdelijke continuïteit dan ook noodzakelijk. De delictanalist is na afronding van de delictanalyse verantwoordelijk voor overdracht aan de behandelverantwoordelijke



en het behandelend team, zodat overdracht en integratie van de gevonden resultaten kunnen worden gewaarborgd.

criterium 9: Interventie-integriteit

Om de interventie-integriteit vast te stellen moet volgens de Erkeningscommissie (2012) de interventie gemonitord worden. Er dient getoetst te worden of de interventie wordt uitgevoerd op de wijze waarop het bedoeld is. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen randvoorwaardelijke of ondersteunende aspecten (gericht op materieel, personeel en proces) en inhoudelijk aspecten of trainingsintegriteit (gericht op de integriteit van de gedragsinterventie). De randvoorwaardelijke of ondersteunende aspecten van de richtlijn zijn voornamelijk weergegeven onder de voorwaarden voor de delictanalist. Hier wordt genoemd aan welke eisen de delictanalist dient te voldoen voordat hij een delictanalyse mag afnemen. Tevens wordt in de richtlijn genoemd hoe de richtlijn gerapporteerd dient te worden en is een format toegevoegd zodat de informatie op eenzelfde wijze teruggekoppeld wordt. De verwachting is dat dit de integriteit verbetert, omdat de delictanalist in het format gevraagd wordt om alle relevante aspecten in de vullen. Als er informatie is gemist gedurende de gesprekken, zal de delictanalist dit hierdoor opmerken.

Onder de randvoorwaardelijke of ondersteunende aspecten wordt ook genoemd dat de deelnemers van de interventie gemonitord dienen te worden. Dit is in de huidige richtlijn niet opgenomen, aangezien de delictanalyse zich niet richt op een bepaald gedrag dat veranderd dient te worden. In deze zin is een voor- en nameting dan ook niet mogelijk. Er kunnen echter wel verschillende andere concepten gemeten worden om de delictanalyse te evalueren. De treatment readiness kan bijvoorbeeld geobjectiveerd worden. Hoewel de delictanalyse niet als doel heeft om de treatment readiness positief te beïnvloeden, is het aannemelijk dat dit wel gebeurt. In de richtlijn staat de samenwerking centraal en krijgen onder andere de persoonlijke doelen van de patiënt aandacht. Door deze betrokkenheid kan de patiënt gemotiveerd raken voor verdere behandeling. Ook kan bijvoorbeeld de delictanalist gevraagd worden of de delictanalyse heeft bijgedragen aan het zicht op de problematiek, kunnen de patiëntervaringen omtrent de delictanalyse verzameld worden en kunnen de behandeldoelen die opgesteld zijn na afronding van de delictanalyse geëvalueerd worden.

De inhoudelijke aspecten of trainingsintegriteit bestaan uit drie aandachtspunten. Het eerste aandachtspunt heeft betrekking op de wijze waarop de interventie geïmplementeerd wordt. Suggesties voor de wijze van implementatie staan beschreven in hoofdstuk 6. Het tweede aandachtspunt betreft de trainingsstijl van de behandelaar. Gezien het karakter van de richtlijn wordt niet gesproken over een trainingsstijl, maar wordt een bepaalde houding van de delictanalist verwacht. Deze wordt beschreven in de richtlijn. Hoewel scholing in deze houding nog niet ontwikkeld is, is dit wel wenselijk voor de toekomst zodat de interventie-integriteit meer gewaarborgd kan worden. Dit is van belang voor beide genoemde



aspecten. Tot slot wordt aangegeven dat omstandigheden die de interventie zouden kunnen belemmeren en de aanpak hiervan omschreven moeten worden. Aan dit aandachtspunt is voldaan middels het beschrijven van de verschillende valkuilen per fase. Ook zijn voor specifieke groepen aanbevelingen geschreven, zodat optimaal afgestemd kan worden op de patiënt in kwestie.

criterium 10: Evaluatie

Tot slot wordt in criterium tien de evaluatie van de interventie beschreven. Hierin worden twee doelen beschreven. Het eerste doel heeft betrekking op de doeltreffendheid (is de deelnemer in de gewenste richting veranderd?); het tweede doel heeft betrekking op de effectiviteit (is de verandering toe te schrijven aan de interventie?). Aangezien de richtlijn niet gericht is op een directe gedragsverandering zijn aanpassingen nodig in het evaluatieonderzoek. De te verwachten indirecte effecten van de delictanalyse kunnen worden gemeten, zoals de treatment readiness, de self efficacy (volgend vanuit het TPO), het verbreken van barrières voor behandeling (volgend vanuit het BCM), de invloed van de delictanalyse op de gestelde behandeldoelen en de motivatie. In de toekomst kan er eveneens gekeken worden naar de effectieve bijdrage (‘treatment utility’) van de delictanalyse. Zo kan worden geëvalueerd of behandelingen die opgesteld zijn na afronding van een delictanalyse beter zijn afgestemd op de patiënt.

7.2. Conclusie

Hoewel de richtlijn voor delictanalyse momenteel niet zal worden aangeleverd aan de Erkeningscommissie ter erkenning van de richtlijn, wordt in dit hoofdstuk duidelijk dat bij de richtlijnontwikkeling het gedachtegoed van de kwaliteitscriteria in acht is genomen. Aan alle criteria is, in zoverre dit mogelijk was binnen de kader van het project, aandacht besteed.

Naast de criteria zijn er een aantal documentatiestukken die vereist zijn indien de richtlijn voorgelegd wordt ter erkenning. Dit betreffen in totaal zes onderdelen, te weten 1) algemene samenvatting met leeswijzer; 2) theoretische handleiding; 3) programmahandleiding; 4) beoordeling- en evaluatiehandleiding, 5) managementhandleiding en 6) opleidingshandleiding voor begeleiders/medewerkers. In het onderhavige rapport komen veel van deze documenten terug in de hoofdstukken, ondanks dat deze niet onder dezelfde naam zijn gerapporteerd. In tabel 10 wordt duidelijk waar de benodigde informatie gevonden kan worden.

Tabel 10. Leeswijzer vereiste documentatie

Vereiste documentatiestukken Erkeningscommissie	Vermeld in huidige rapport onder:
Algemene samenvatting met leeswijzer	Samenvatting en voorwoord



Theoretische handleiding	Hoofdstuk 1 en hoofdstuk 3
Programmahandleiding	Hoofdstuk 5
Beoordeling- en evaluatiehandleiding	De beoordelings- en evaluatiehandleiding is vanwege het ontbreken van een effectstudie niet opgenomen. Informatie omtrent de pilotstudie wordt gevonden in hoofdstuk 4.
Managementhandleiding	Gezien het feit dat er geen specifieke selectiecriteria zijn en er geen voorwaarden aan motivatie worden gesteld om deel te nemen aan de delictanalyse, is dit gedeelte niet opgenomen in de richtlijn.
Opleidingshandleiding voor begeleiders / medewerkers	Hoofdstuk 5. Een specifieke training voor de delictanalyse is (nog) niet ontwikkeld en mist derhalve in het huidige rapport

7.3. Literatuur

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (n.d.). Geraadpleegd op

<http://erkenningscommissie.nl/organisatie/commissie/Taken/index.aspx>

Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (2012). *Kwaliteitscriteria*. Geraadpleegd op

<http://erkenningscommissie.nl/beoordelingen/allebeoordelingen/exantebeoordeling/kwaliteitscriteria/>

Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645–673.



Dankwoord

Dit rapport is mede tot stand gekomen door een intensieve medewerking met functionarissen werkzaam in verschillende instellingen en sectoren binnen het forensische zorgveld. We zijn dan ook een groot aantal mensen onze dank verschuldigd voor hun inzichten, (kritische) feedback, enthousiasme en kennis die zij gedurende interviews, de expertmeetings, de commentaarronde en de pilotstudie hebben geleverd. Binnen de forensisch psychiatrische centra bedanken⁴ wij daarom Teun Bus (de Rooyse Wissel), Janka Donker (de Kijvelanden), Seppo de Baets (dr. S. van Mesdag), Philip Jonkers (de Oostvaarderskliniek), Frederieke Ekkelkamp (Veldzicht), Ans Spies (de Kijvelanden), Jan-Hein Backus (Pompestichting), Hein Bokern (dr. S. van Mesdag), Frans Smeets (Henri van der Hoevenkliniek), Petra Geerlings (Henri van der Hoevenkliniek), Tessel Krijn (Henri van der Hoevenkliniek), Jolien Drenth (de Oostvaarderskliniek), Jolien van der Kraan (Pompestichting), Marjan Kleefman (dr. S. van Mesdag), Chantal Gerritsma (de Kijvelanden), Wybe Sierksma (de Oostvaarderskliniek), Jonne Kaldenbach (Oldenkotte), Floris Stoffer (de Kijvelanden), Vivian Rhemrev (dr. S. van Mesdag), Stef Burgsdorf (Pompestichting) en Eelco van Doorn (Henri van der Hoevenkliniek).

Binnen de forensisch psychiatrische klinieken zijn wij onze dank verschuldigd aan Margret Masselink (Trajectum), Gerian Holwerda (GGZ Drenthe), Wendy van Bergen (Woenselse Poort), Susan Boogaard-Klinkien (Arkin Inforsa), Suzan Kuijken (Woenselse Poort), Jane Kluin (Arkin Inforsa), Bram Le Grand (Trajectum), Judith Rickelt (Woenselse Poort) en Myrthe van Nieuwenhuyzen (de Kijvelanden).

Binnen de forensisch psychiatrische afdelingen bedanken wij Mignon Tekelenburg (Mondriaan - Radicx), Chantal Poolman (Altrecht – Roosenburg), Femke Clark (GgNet – de Boog), Jaqueline Roos (Ipse de Bruggen - Behandelcentrum (forensische) SGLVG), Betty Spronk (Propersona - de Kompas), Yvette Kilian (GGZ WNB - de Mare), Bianca Roelofsen (GGZ NHN - Divisie Forensische Psychiatrie), Eveline de Kam (GGZ NHN - Divisie Forensische Psychiatrie), Sascha Beekman (Altrecht - Roosenburg), Judith Edelbroek (GGZ WNB - LVB-intensief) en Lea Reimers (Dichterbij - Stevig).

Binnen de forensisch psychiatrische poliklinieken bedanken wij Joop Verschuur (Stichting Transfore - afdeling De Tender), Larissa Hoogsteder (Forensische Zorgspecialisten - De Waag), Justyna Zuromska (AFPN - GGZ Drenthe), Dirk Dijkslag (Stichting Transfore - afdeling De Tender), Carol Wismeyer (Pompestichting - Kairos), Ron van Outsem (Bouman GGZ), Neeltje Wiersma (de Woenselse Poort - de Omslag), Jonne Kaldenbach (Stichting Transfore – afdeling De Tender) en Ragna Plomp (Stichting Transfore - afdeling De Tender). Ook bedanken wij Pauline van Baer (Penitentiaire Inrichting Haaglanden - PPC Scheveningen), Bianca Bruggeman (Novadic-Kentron) en Suzanne Mathijssen (Leger des Heils - Groot Batelaar). Tot slot bedanken wij de directies van de Pompestichting en FPC de Rooyse Wissel voor hun ondersteuning gedurende het project. Iedereen hartelijk dank!

⁴ Namen staan in willekeurige volgorde



Bijlagen

Bijlage 1 Call KFZ 2013.11

Call KFZ 2013.11	Datum: 30-09-13
Call	Invulling en het gebruik van de delictanalyse in de forensische zorg
Vraagstelling	<p>De delictanalyse is de feitelijke beschrijving van de gebeurtenissen die hebben geleid tot het gepleegde delict. Hierbij worden de gedachten, gevoelens en het gedrag van de patiënt systematisch nagevraagd (Van Marle, 2012). Bij de patiënt spelen zaken zoals zijn/haar persoonlijkheid, psychiatrische stoornis, (het gebrek aan) vaardigheden en eventueel middelengebruik een rol. Hiernaast kan de situatie waarin de patiënt zich bevond, voorafgaand en ten tijde van het plegen van het delict, van invloed zijn geweest op het komen tot delictgedrag.</p> <p>Er is op dit moment onvoldoende zicht op hoe de delictanalyse van patiënten bij de (verschillende) forensische instellingen wordt vormgegeven. Het onderzoek in deze call richt zich enerzijds op de inventarisatie van hetgeen in de instellingen wordt verstaan onder 'de delictanalyse' van patiënten (de begripsverheldering). Anderzijds betreft het een inventarisatie van de wijze waarop in deze instellingen inhoud wordt gegeven aan de delictanalyse. Op basis van de practice-based werkwijzen, en de beschikbare wetenschappelijke kennis over de doeltreffendheid van de delictanalyse, dient tot een ideaaltypisch model te worden gekomen voor de inzet en invulling van de delictanalyse.</p> <p>Voor deze call zijn de volgende vraagstellingen geformuleerd:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wat wordt er in de verschillende forensische instellingen (fpc's, fpk's, fpa's en ambulante forensische instellingen) verstaan onder 'de delictanalyse'? 2. Op welke wijze wordt door de verschillende forensische instellingen (fpc's, fpk's, fpa's en ambulante forensische instellingen) invulling gegeven aan het opstellen van de delictanalyse van patiënten? 3. Op welke wijze dient aan de delictanalyse (op basis van practice-based werkwijzen en wetenschappelijke kennis) invulling te worden gegeven teneinde tot een zo goed mogelijke (en uniforme) werkwijze te komen in de verschillende forensische instellingen?
Op te leveren resultaten	<p>Een onderzoeksrapport waarin:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De resultaten van een quickscan naar de definiëring en invulling van de delictanalyse bij forensische psychiatrische instellingen zijn opgenomen. - De beschikbare (wetenschappelijke) kennis wordt gepresenteerd voor (evidentie voor) de inzet van de delictanalyse in de behandeling - Op basis van practice-based werkwijzen en (wetenschappelijke) kennis een ideaaltypisch model wordt gepresenteerd voor de inzet en invulling van de delictanalyse van patiënten



Deadline indienen projectvoorstel	De sluitingstermijn voor het indienen van projectvoorstellen is op vrijdag 1 november 2013. Lees hier de volledige planning
Deadline afronden project	Begindatum: 13-01-2014 Einddatum: U wordt gevraagd een globale tijdsplanning op te nemen in het projectvoorstel
Beschikbaar budget	U wordt gevraagd om een globale offerte voor de uitvoering van het onderzoek op te nemen in het projectvoorstel. Voor nadere informatie over de budgetten wordt verwezen naar paragraaf 3 van de 'procedure voor het indienen van een projectvoorstel n.a.v. een call' op www.kfz.nl
Verantwoordelijke leden Programma-commissie KFZ	Chijs van Nieuwenhuizen Margriet Storms
Procedure	<p>Als u in aanmerking wilt komen voor de financiering van uw project naar aanleiding van deze call, stuurt u een projectvoorstel in, waarbij u gebruik maakt van het 'KFZ format projectvoorstel'.</p> <p>Op grond hiervan beoordeelt de Programmacommissie KFZ of uw projectvoorstel op hoofdlijnen voldoet aan de gestelde eisen. Vóór 22 november 2013 worden de indieners over het resultaat geïnformeerd.</p> <p>De twee tot drie indieners met de beste projectvoorstellen ontvangen het verzoek een gedetailleerde subsidieaanvraag uit te werken en in te dienen. Op basis van deze subsidieaanvragen vindt de eindbeoordeling plaats en wordt de call met het bijbehorende budget aan één partij toegekend.</p> <p>Voor meer informatie over de procedure, de voorwaarden en de te hanteren formats wordt verwezen naar www.kfz.nl.</p>
Wie mag indienen?	(Afgevaardigden van) zorginstellingen bij wie de Directie Forensische Zorg forensische zorg inkoop
Nadere informatie	Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met Ruud van der Horst (e-mail: rvanderhorst@efp.nl , tel: 030-2910010)

Literatuur

Marle, H.J.C., van (2012). De stagering met profielen in de forensische psychiatrische delictanalyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 11, 973-978.



Bijlage 2 Vragen semi-gestructureerd interview

1. Welke term wordt er gebruik voor de delictanalyse (aangeduid met de definitie ‘de theorie over causale factoren die het ontstaan van het delict verklaart’)?
2. Wat wordt er precies verstaan onder delictanalyse (of ieder andere gehanteerde term)?
3. Op welke wijze wordt er binnen de instelling vormgegeven aan het opstellen van de delictanalyse?
 - o Door wie wordt de delictanalyse afgenomen?
 - o Wat is de doelgroep van de delictanalyse?
 - o (Wanneer tijdens het tbs-verblijf wordt de delictanalyse afgenomen?)
 - o Wat is de duur van de totale delictanalyse? Frequentie van gesprekken?
 - o Wat is het beoogde doel van de delictanalyse?
 - o Valt de delictanalyse onder behandeling of diagnostiek?
 - o Welke factoren worden meegenomen in de delictanalyse?
4. Wat is de theoretische achtergrond van de delictanalyse?
5. Wordt de delictanalyse voor verschillende delictgroepen / patiënten op dezelfde manier gedaan?
6. Welke kwaliteitseisen en opleidingseisen worden er aan de functionarissen die de delictanalyse afnemen gesteld?
7. Hoe worden de gestelde kwaliteitseisen gewaarborgd binnen de instelling?
8. Worden de functionarissen die de delictanalyse uitvoeren hierin getraind of anderszins geschoold?
9. Bestaat er binnen de instelling consensus over hoe de delictanalyse wordt vormgegeven?
10. Door welke functionarissen is de huidige vorm van delictanalyse vormgegeven?
11. Is er een format voor het proces en/of het product van de delictanalyse?
12. Is er al onderzoek gedaan naar delictanalyse zoals deze wordt vormgegeven binnen uw instelling?
13. Wordt er momenteel onderzoek gedaan of data verzameld in het kader van delictanalyse?
14. Wat zou er volgens u verbeterd kunnen worden aan de delictanalyse?



Bijlage 3 Rapportageformat delictanalyse

Naam patiënt :
Geboortedatum patiënt :
Datum van opname :
Periode afname delictanalyse :...-...-... tot ...-...-...
Delictanalist :
Datum besproken met patiënt: :
Naam hoofdbehandelaar: :

1. Beschrijving verloop proces

Beschrijf de wijze waarop de delictanalyse is afgenomen: op basis van enkel het dossier, enkel op basis van gesprekken of beide? Indien de delictanalyse is opgesteld in samenwerking met de patiënt: geef een reflectie op het doorgemaakte proces, waarin duidelijk wordt in welke mate de patiënt heeft meegewerkt aan de delictanalyse en wat opvallend was in het contact. Denk bijvoorbeeld aan contactgroei of stagnatie. Ook wordt het totaal benodigde sessies beschreven alsmede de mate van motivatie. Afwijkingen van de richtlijn en de redenen hiervoor worden toegelicht.

2. Vonnis en veroordeling

Voeg de feitelijke beschrijving van de tenlastelegging en van de gronden voor veroordeling in. In het geval dat een vonnis ontbreekt, wordt hier de reden van aanmelding beschreven.

3. Korte beschrijving levensgeschiedenis

Geef een beknopte en duidelijke beschrijving van de levensgeschiedenis van de betrokkene. Denk hierbij aan de gezinssituatie, de persoonlijkheidsontwikkeling, middelengebruik, (antisociale) sociale contacten en de delictgeschiedenis. Er is specifiek aandacht voor gebeurtenissen in de geschiedenis waardoor betrokkene 'kwetsbaar' is voor delictgedrag.

4. Delictscenario

Geef een korte beschrijving van het delict als ware het een scenario (maximaal 700 woorden). De gedachten, gevoelens en gedragingen van betrokkene worden opgenomen in het scenario. Waar verschillen bestaan tussen het dossier en de visie van betrokkene wordt dit duidelijk beschreven. Indien er geen overeenstemming is tussen betrokkene en het scenario dat volgt uit het dossier, worden beide visies los van elkaar gerapporteerd.

Het delictscenario bestaat uit (minimaal) de volgende onderdelen:

- Aanleiding
- Gebeurtenis (mogelijke triggers)
- Gedachten
- Gevoelens
- Gedrag (delictverloop)
- Gevolgen



5. Functie- en betekenisanalyses

A) Vul onderstaande kolommen in:

Context / uitlokkende factor	Probleem-Gedrag(ingen)	Positieve consequentie(s)	Negatieve consequentie(s)

* let op: het verminderen van een negatieve consequentie en het uitblijven van een negatieve consequentie (bijvoorbeeld door vermijding) kunnen ook positieve consequenties zijn.

En/of:

Context	Dit doet betr. denken aan	Probleem-Gedrag(ingen)

B) Visualiseer de samenhang tussen de factoren (de functie- en/of betekenisanalyses). Voor een voorbeeld van een mogelijke visualisatie, zie figuur 5 in de richtlijn. Geef tevens iedere functie- en betekenisanalyse in woorden weer. Onderlinge verbanden worden **niet** beschreven; dit wordt in de delicttheorie uitgelicht.

6. Beschrijving en functie- en betekenisanalyses overige delicten

A) Geef een korte beschrijving van de overige gepleegde delicten.

B) Visualiseer de functie- en betekenisanalyses van de overige gepleegde delicten. Geef tevens iedere functie- en betekenisanalyse in woorden weer. Onderlinge verbanden worden **niet** beschreven; dit wordt in de delicttheorie uitgelicht.



7. Delicttheorie

Stel een delicttheorie op. De delicttheorie is een dynamische theorie waarbinnen het ontstaan van het delict wordt verklaard. De delicttheorie wordt geformuleerd op basis van het gehele delictgedrag en de daarmee samenhangende problematische gedragingen (die eveneens door middel van de functie- en betekenisanalyse in beeld gebracht zijn). Het kan gezien worden als een samenvatting van alle functie- en/of betekenisanalyses met daarbij inbegrepen de overige informatie vergaard uit de andere fases. In de delicttheorie wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen biologische, psychologische en sociale factoren.

8. Relevante factoren voor behandeling

Identificeer vanuit de delicttheorie de relevante factoren en thema's voor behandeling. Beschrijf zowel risicofactoren als beschermende factoren, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen de statische en dynamische factoren.

9. Rapportage betrokkene

In de rapportage voor de betrokkene wordt een samenvatting van het gehele rapport beschreven. Hierin worden de belangrijkste bevindingen uit de delictanalyse opgenomen. Bij voorkeur wordt dit visueel ondersteund (bijvoorbeeld met onderstaand schema; ontleend aan de Forensische Zorgspecialisten – De Waag⁵). Het gebruik van jargon wordt vermeden; het taalgebruik sluit zoveel mogelijk aan bij de betrokkene.

Probleemgedrag:	
Welke omstandigheden maken het verleidelijk om het probleemgedrag te vertonen:	Welke functie heeft dit gedrag? Wat levert het gedrag op?
1.	1.
2.	2.
3.	3.
Welke situaties houden het gedrag in stand of versterken het? Welke omstandigheden maken dat de verleiding gemakkelijker gaat?	
1.	
2.	
Welke situaties/mensen zorgen ervoor dat het gedrag minder wordt?	Welke situaties / mensen hebben ervoor gezorgd dat de verleiding beter te weerstaan is?
1.	1.
2.	2.
Belangrijke thema's/factoren voor behandeling en risicomanagement	
1.	
2.	
3.	
4.	

⁵Hoogsteder, L., Bos, T., Kunstman, J. & Determan, A. (2014). *Introductie module. Ambulant Zorgprogramma Vermogen*. Utrecht, Nederland: De Forensische Zorgspecialisten – De Waag.



10. Visie betrokkene op delictanalyse

De betrokkene wordt tijdens de terugkoppeling actief gevraagd naar zijn mening over het rapport en het doorgemaakte proces. Zijn visie wordt hier beschreven. Geef eveneens een weergave van het verloop van het terugkoppelingsgesprek. Benoem duidelijk waar wel/geen overeenstemming over is.

11. Bronnen

Vermelding van de gebruikte bronnen voor de samenstelling van het rapport (bijvoorbeeld de Pro Justitia Rapportage, psychologisch onderzoek, PCL-R, HCR-20 V3, HKT-R etc.)