



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### Taxeren van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften als richtlijn voor cliënten met antisociaal of verward gedrag

van Horn, J.E.; Eisenberg, M.J.; Hutten, J.C.; Bouman, Y.H.A.; van der Veeke, F.C.A.; Bogaerts, S.

**DOI**

[10.1007/978-90-368-2295-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2295-4_3)

**Publication date**

2020

**Document Version**

Author accepted manuscript

**Published in**

Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek

[Link to publication](#)

**Citation for published version (APA):**

van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., Hutten, J. C., Bouman, Y. H. A., van der Veeke, F. C. A., & Bogaerts, S. (2020). Taxeren van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften als richtlijn voor cliënten met antisociaal of verward gedrag. In M. J. N. Rijckmans, A. van Dam, & L. M. C. van den Bosch (Eds.), *Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek* (pp. 35-65). Bohn Stafleu van Loghum. [https://doi.org/10.1007/978-90-368-2295-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-90-368-2295-4_3)

**General rights**

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

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

*UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (<https://dare.uva.nl>)*

## Hoofdstuk 3

Taxeren van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften als richtlijn  
voor cliënten met antisociaal en/of verward gedrag

*Dr. J.E. (Joan) van Horn, M.J. (Mara) Eisenberg MSc, J.C. (Juliette) Hutten MSc, Dr. Y.H.A. (Yvonne) Bouman, Dr. F. C. A. (Frida) van der Veeke, & Prof. Dr. S. (Stefan) Bogaerts*

### 3.1 Samenvatting

Behandelaren in de reguliere geestelijke gezondheidszorg krijgen steeds vaker te maken met cliënten met psychopathische trekken of een antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASPS) die al dan niet gepaard kan gaan met agressie of verward gedrag. Dit kan leiden tot een zekere terughoudendheid om met deze cliënten een behandelrelatie aan te gaan. Kennis over forensische theorieën/modellen en instrumenten voor het beoordelen van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften kan deze drempel mogelijk verlagen. Het Risk-Need-Responsivity model biedt handvatten om het behandelbeleid en de -inhoud vorm te geven op basis van risicotaxatie-uitkomsten, bijvoorbeeld met de FARE (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie). Ook het werken met personen met verward en agressief gedrag vereist kennis over de doelgroep en van instrumenten om de veiligheid en de zorgbehoefte op adequate wijze in te kunnen schatten. In deze bijdrage wordt een overzicht geboden van instrumenten voor het inschatten van (acute) veiligheidsrisico's en zorgbehoeften van (agressieve) cliënten met antisociaal en/of verward gedrag.

### 3.2 Dilemma

Helmund is eenzaam en depressief. Hij heeft in het verleden al eens geprobeerd zelfmoord te plegen door een drugsoverdosis te nemen. De laatste tijd gaat hij overdag steeds meer drinken. Ook heeft hij een pistool weten te kopen via een oude vriend. Helmund is achterdochtig en wantrouwend naar de hulpverlening. Hij kan soms impulsief agressief reageren. In het verleden is hij hierdoor vaker met politie in aanraking geweest die hem vanwege zijn verwardheid diverse keren bij de hulpverlening hebben aangemeld. Hoe taxeer je als behandelaar de (acute) veiligheidsrisico's en zorgbehoeften bij (agressieve) cliënten met antisociaal en/of verward gedrag?

Er staat de behandelaren een aantal instrumenten ter beschikking die kunnen helpen bij het screenen op (acute) veiligheidsrisico's bij en zorgbehoeften van cliënten die vanuit antisocialiteit of verwardheid grensoverschrijdend gedrag (kunnen) vertonen. Welke instrumenten zijn er voorhanden en wat is er aan kennis en kunde nodig om als behandelaren in de reguliere GGZ op verantwoorde wijze hiervan gebruik te kunnen maken? Alvorens op deze vragen antwoord te geven, wordt eerst ingegaan op de prevalentie van (agressieve) cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis of psychopathische trekken en de houding van behandelaren ten aanzien van deze cliënten.

### 3.3 Prevalentie van een ASPS en psychopathische trekken en de houding van behandelaren

De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg biedt cliënten de mogelijkheid om zolang als mogelijk deel te blijven uitmaken van de samenleving. Mede door deze zogenoemde ambulantisering krijgen behandelaren in de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ) steeds vaker te maken met cliënten met complexe psychische problemen, zoals een antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASPS), psychopathische trekken, verslaving en verwardheid al dan niet gecombineerd met agressieproblemen. Wat is de prevalentie van ASPS en psychopathische trekken in Nederland en in het buitenland en wat is er uit onderzoek bekend over de houding van behandelaren over deze ‘nieuwe’ doelgroep waar de reguliere GGZ mee te maken krijgt?

In een grote Nederlandse bevolkingsstudie onder volwassenen kwam naar voren dat 4,3% van de mannen en 1,7% van de vrouwen een ASPS hadden (life time prevalentie). Mannen hadden 2,5 keer zoveel kans op een ASPS dan vrouwen en 18-24 jarigen hadden 4,8 keer zoveel kans op een ASPS dan 55 tot 64-jarigen. Ook bleek ASPS vaker voor te komen bij laagopgeleiden en woonden individuen met een ASPS 1,5 keer zo vaak zonder partner dan individuen zonder de stoornis (NEMESIS-2: de Graaf, ten Have, & van Dorsselaer, 2010). In een recente systematische review en meta-analyse ( $N = 113.998$  mensen uit Europa, Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland) werd een vergelijkbaar prevalentiecijfer voor ASPS gerapporteerd van 3.2% (Volkert, Gablonski, & Rabung, 2018). De bevolkingsprevalentie van individuen met psychopathische trekken wordt geschat op ongeveer 1% (Coid, Yang, Ullrich, Roberts, & Hare, 2009; Neumann & Hare, 2008). Beide stoornissen hebben gemeenschappelijk dat er vaak sprake is van co-morbiditeit en een verhoogde kans op probleemgedrag tijdens de behandeling, zoals agressie, impulsief gedrag, manipulatief gedrag, stemmingsveranderingen, zich niet houden aan afspraken, non-compliance en no-show (zie voor het onderscheid tussen ASPS en psychopathie ook Hoofdstuk 2).

Cliënten met ASPS of psychopathische trekken zijn geen ‘ideale cliënten’ en bij veel behandelaren leeft de overtuiging dat een cliënt met een ASPS-diagnose en/of psychopathische trekken een contra-indicatie is voor behandeling. Beide diagnoses dragen een negatieve connotatie met zich mee die veel weerstand kan oproepen bij behandelaren, mede vanuit het besef dat het behandelen van deze cliënten extra vaardigheden en scholing vereist (Djadoenath & Decoene, 2015). Wanneer echter de categoriale DSM-diagnoses worden losgelaten en de problemen van cliënten dimensioneel worden vertaald in gedragskenmerken, zoals gebrekkige emotieregulatie, gebrekkige sociale vaardigheden, beperkte zelfcontrole, wisselende behandelmotivatie en lage frustratietolerantie, ontstaan er concretere aangrijpingspunten voor de behandeling. In de forensische GGZ worden deze gedragskenmerken beschouwd vanuit het veiligheidsperspectief en is behandeling primair gericht op het vergroten van veiligheid en het verminderen van risico's op terugval in delictgedrag. De onderliggende stoornissen zijn niet leidend voor de behandelinhoud als deze niet gerelateerd zijn aan het delictgedrag. Behandeling in een forensische context vergt kennis

over de relatie tussen stoornis en delict en het vereist een andere (forensische) manier van denken en handelen.

Onderzoek toont aan dat de houding van de behandelaar in de reguliere GGZ ten aanzien van cliënten met ASPS over het algemeen negatief is (Zijlmans, 2017). Newton-Howes, Weaver en Tyrer (2008) vergeleken de houding van behandelaars tegenover cliënten van wie zij wisten dat zij een ASPS hadden met de houding van behandelaars ten aanzien van ASPS-clieñten van wie zij niet wisten dat zij een ASPS hadden. De eerste groep behandelaars omschreef de groep cliënten vaker als moeilijk om mee om te gaan, agressiever en minder therapietrouw dan de tweede groep behandelaars die niet wist dat cliënten gediagnosticeerd waren met een ASPS. Het label ASPS werkte dus negatief en werd a priori geassocieerd met de overtuiging dat het gaat om cliënten met wie moeilijk te werken is (Newton-Howes et al., 2008; Zijlmans, 2017). Ook bij cliënten met psychopathische trekken was er sprake van een negatieve houding bij behandelaars. Volgens Salekin (2002; Zijlmans, 2017) zorgde het label psychopathische trekken voor therapeutische frustratie, verwarring en pessimisme bij behandelaars en zijn veel behandelaars overtuigd van de onbehandelbaarheid van psychopathische trekken (Salekin, 2002), waardoor behandelaars en rechters sommige psychopaten zelfs een behandeling weigerden (Edens, 2006; Zijlmans, 2017).

Onderliggend aan de negatieve houding is de onbekendheid en onervarenheid met (het behandelen van) cliënten met ASPS en psychopathische trekken. Zo wees onderzoek uit dat behandelaars die werkten op een afdeling voor persoonlijkheidsstoornissen een positievere houding hadden tegenover deze cliënten dan behandelaars die op een afdeling werkten zonder cliënten met persoonlijkheidsstoornissen (Bowers et al., 2000). Factoren die een positieve houding bewerkstelligden, bleken samen te hangen met de mate van opleiding (Bowers et al., 2000), het niet gedwongen worden om te werken met ASPS-clieñten en het onderkennen van het belang van supervisie door de organisatie. Behandelaars met kennis van en ervaring met ASPS voelden zich veiliger in het werken met cliënten met ASPS en hoe meer cliënten met een ASPS, des te positiever hun houding was tegenover deze cliënten (Egan et al., 2014; Zijlmans, 2017). Daarnaast spelen regelmatige bijscholing en deskundigheidsbevordering een belangrijke rol in de houding van behandelaars: hoe recenter behandelaars getraind waren in het behandelen van en omgaan met ASPS-clieñten, des te positiever hun houding was ten aanzien van deze doelgroep (Egan et al., 2014).

In het werken met cliënten met ASPS, psychopathische trekken of verwardheid waarbij sprake kan zijn van grensoverschrijdend (agressief) gedrag, gaat het dus niet zozeer om de stoornis maar eerder over het identificeren, monitoren en behandelen van gedragingen, emoties en houding van cliënten die een potentieel gevaar kunnen vormen voor de eigen veiligheid of die van anderen. Deze gedragskenmerken komen ook tot uiting in de behandeling. De behandelaar kan op de proef worden gesteld en getest worden of zij bijvoorbeeld te vertrouwen of te misleiden is: In de behandelkamer zal de cliënt waarschijnlijk hetzelfde (lastige) gedrag laten zien als in de buitenwereld. Cliënten met een ASPS of psychopathische trekken laten (deels) andere gedachten, gevoelens en gedrag zien dan de gemiddelde cliënt zonder ASPS. Nog onberekenbaarder in het contact kunnen cliënten zijn met een gebrekkige impulscontrolestoornis ('de korte lontjes') of cliënten die verward gedrag vertonen als gevolg van een ernstige psychische aandoening zoals een psychotische

stoornis. Vanuit het veiligheidsdenken is het van groot belang dat systeemleden, het sociale netwerk en de ketenpartners zoveel mogelijk bij de behandeling worden betrokken.

Het taxeren van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften vereist kennis van en training in het gebruiken van een risicotaxatie-instrument. De instrumenten die in dit hoofdstuk worden behandeld zijn niet allemaal zonder specialistische kennis en opleiding te gebruiken. Een eerste stap in het aanreiken van deze kennis wordt gedaan met een uiteenzetting van het Risk-Need-Responsivity-model (RNR-model; Bonta & Andrews, 2017). Daarna wordt een casus beschreven en gescoord met de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE), een risicotaxatie-instrument dat is gebaseerd op het RNR-model. Er wordt afgesloten met een overzicht van instrumenten die een beeld opleveren van de (acute) risico's voor de cliënt zelf of anderen.

### 3.4 Het Risk-Need-Responsivity model

Hulpverlening start meestal met de vraag: “*Wat is er aan de hand?*” Gemotiveerde cliënten komen zelf met een hulpvraag omdat bepaalde psychische problemen het dagelijks functioneren op diverse levensgebieden belemmert. Echter, cliënten met complexere problemen, zoals personen met verward gedrag, psychopathische trekken, een ASPS al dan niet gecombineerd met agressieproblemen, zijn vaak onvoldoende gemotiveerd voor behandeling, slagen er soms moeilijk in om een hulpvraag te formuleren omdat zij moeite hebben om te reflecteren op de eigen problematiek. Ook eerdere negatieve ervaringen in de GGZ kunnen hierbij een rol spelen.

Een model dat ondersteuning kan bieden bij het in kaart brengen van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften, is het Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Bonta & Andrews, 2017) dat sinds enkele decennia het meest gangbare model is in de forensische zorg. Het RNR-model werd in de jaren '90 ontwikkeld in reactie op het onderzoek van Martinson (1974, p.25) die concludeerde dat *[...] with few and isolated exceptions, the rehabilitation effort did not have appreciable effect on recidivism.* Deze ‘nothing works’ visie was het startpunt voor Andrews, et al. (1990) om na te denken over een effectieve aanpak om de kans op (herhaald) delictgedrag (d.w.z., recidive) te verlagen. In het RNR-model staan drie basisvragen centraal: “*Wie moet worden behandeld? (Risico (Risk) Principe), Wat moet worden behandeld (Behoefte (Need) Principe) en hoe moet worden behandeld (Responsiviteitsprincipe (Responsivity)).*” Talrijke studies hebben aangetoond dat een correcte toepassing van de RNR-principes de kans op (herhaald) grensoverschrijdend gedrag met ongeveer 20 procent kan verminderen vergeleken met een behandeling die niet gebaseerd is op de drie RNR-principes (Andrews & Dowden, 2006; Bonta & Andrews, 2017). Ofschoon de drie RNR-principes en de daaraan gerelateerde belangrijkste risicofactoren ontwikkeld zijn in delinquente populaties, kunnen deze ook gebruikt worden bij cliënten die de titel ‘forensische cliënt’ niet hebben, maar bij wie wel sprake is van dreigende ontsporing naar grensoverschrijdend gedrag. Wij hanteren in dit hoofdstuk de term (dreigend) grensoverschrijdend gedrag om beide doelgroepen aan te duiden. In de volgende paragraaf wordt uitgebreider ingegaan op de RNR-principes en de belangrijkste zogeheten criminogene risicofactoren. In de forensische GGZ

worden de uitkomsten van risicotaxatie-instrumenten gebruikt om de behandeling volgens de RNR-principes vorm en inhoud te geven.

### 3.4.1 Wie moet worden behandeld? Het Risico Principe

Het Risico-principe geeft een antwoord op de vraag of forensische behandeling nodig is en met welke intensiteit. Het risico op grensoverschrijdend gedrag wordt in de meeste risicotaxatie-instrumenten ingedeeld in een laag, matig en hoog recidiverisico, maar de meeste behandelaars geven de voorkeur aan een indeling in vijf categorieën door de laag-matig en matig-hoog recidiverisico categorieën aan de driedeling toe te voegen.

Het algemene uitgangspunt is dat een laagrisicogroep een korte en niet intensieve behandeling, of zelfs helemaal geen behandeling moet krijgen, terwijl een hoog risicogroep een langere en intensieve behandeling moet krijgen. Het afstemmen van het behandelbeleid (duur en intensiteit) op het recidiverisico is essentieel omdat onderzoek heeft aangetoond dat een mismatch tussen het risico op (herhaald) grensoverschrijdend gedrag en behandeluur en -intensiteit een omgekeerd effect kan hebben. Hierdoor kan een laag recidiverisico door 'overbehandeling' veranderen in een matig of zelfs hoog recidiverisico (Bonta, Wallace-Capretta, & Rooney, 2000).

Een actuele discussie in het forensische veld, zeker met betrekking tot zedendelinquenten, gaat over de vraag of de voorkeur gegeven moet worden aan instrumenten waarbij het recidiverisico op een actuariële wijze tot stand komt of aan instrumenten waarbij het recidiverisico op gestructureerde wijze ingeschat wordt door de behandelaar (Van der Put & Assink, 2018). Instrumenten met een actuariële risicoclassificatie maken gebruik van een vaststaand algoritme en een vaste scoringsmethode om het risico op recidive te meten. Vaak bestaan deze instrumenten uit statische risicofactoren die niet door interventie te beïnvloeden zijn. Een voorbeeld van een statische risicofactor is de leeftijd bij de eerste veroordeling of het aantal politiecontacten of veroordelingen. Op basis van normgegevens wordt de hoogte van het actuariële recidiverisico bepaald.

Bij gestructureerde klinische instrumenten is het de behandelaar die de – statische en dynamische - risicofactoren weegt en tot een risicoclassificatie komt. Dynamische risicofactoren vormen de basis voor behandeling omdat deze te beïnvloeden zijn, zoals impulsiviteit en middelengebruik. Het nauwkeurig inschatten van het recidiverisico vereist dat de behandelaar over voldoende kennis beschikt over de samenhang van dynamische risicofactoren en delictgedrag, en dat hij kan onderbouwen welke (combinatie van) risicofactoren bij de individuele cliënt (herhaald of dreigend) delictgedrag in de hand werken. De meeste risicotaxatie-instrumenten behoren tot het type gestructureerd klinisch en dat maakt risicotaxatie tot een complexe specialisatie binnen het forensische veld. Het vereist namelijk niet alleen dat de behandelaar weet wat de meest kenmerkende risicofactoren zijn, maar hij/zij dient deze ook te kunnen onderbouwen in relatie tot terugval in (dreigend) grensoverschrijdend gedrag op individueel niveau.

Uit onderzoek blijkt dat de voorspellende waarde (predictieve validiteit) voor herhaald delictgedrag van actuariële instrumenten iets beter is dan die van klinische gestructureerde

instrumenten (Abulalia, Bukshizki, & Cohen, 2015). Dit debat is niet nieuw. In 1954 publiceerde Meehl het boek “*Clinical vs. Statistical Prediction: A Theoretical Analysis and a Review of the Evidence*” waarin hij beargumenteerde dat de beste besluitvorming kan worden genomen met een methode met een statistische grondslag, zoals actuariële risicotaxatie-instrumenten. Als tegenargument wordt door psychologen in het klinische veld gesteld dat met een actuariële inschatting van het recidiverisico, geen rekening kan worden gehouden met individuele cliëntverschillen en dat ze geen ingang bieden voor behandeling. Het uiteindelijke oordeel zou daarom bij voorkeur moeten liggen bij de clinicus zelf die zich - bij voorkeur - moet laten ondersteunen door het statistisch model in combinatie met de kennis over de cliënt en bijvoorbeeld zijn delictscenario, acute risicofactoren en uitstroomperspectief. De FARE bestaat – zoals de meeste risicotaxatie instrumenten - uit statische en dynamische risicofactoren. Maar in tegenstelling tot de meeste gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten wordt het actuariële principe toegepast op de statische risicofactoren en het gestructureerd klinisch oordeel wordt toegepast op de dynamische risicofactoren.

### 3.4.2 Wat moet worden behandeld? Het Behoefte-principe

Het Behoefte-principe vertrekt vanuit de vraag welke stabiel en acuut dynamische criminogene risicofactoren geassocieerd zijn met (dreigend) grensoverschrijdend gedrag. Dynamische criminogene factoren kunnen stabiel zijn over langere tijd of acuut (in de korte periode voorafgaand aan het delictgedrag) (zie Hanson & Harris, 2000). Daartegenover staan beschermende factoren die de kans op (dreigend) grensoverschrijdend gedrag kunnen verminderen. Elke cliënt heeft een eigen risicoprofiel bestaande uit een combinatie van statische, stabiel en/of acuut dynamische risico- en beschermende factoren die gerelateerd zijn aan (dreigend) grensoverschrijdend gedrag. Onderzoek onderscheidt acht criminogene risicofactoren (ook wel criminogene behoeften genoemd) die gerelateerd zijn aan (dreigend) grensoverschrijdend gedrag. Deze worden ook wel de *Central Eight* genoemd (Bonta & Andrews, 2016):

- C1. Antisociaal gedrag** betreft regel- en grensoverschrijdend gedrag dat ontoelaatbaar of zelfs parasitair is en dat de rechten van anderen kan schaden en zelfs fysieke of psychische schade kan toebrengen aan anderen. Dit gedrag kan gericht zijn tegen voorwerpen, goederen of personen en is sociaal en juridisch onacceptabel. Specifieker kan het gaan over het rijden onder invloed, ontduiken van de belasting of overheid en verzekeraars misleiden om onterecht toeslagen te claimen. *Casus*: Kees woont onofficieel samen met zijn vriendin, hij staat ingeschreven bij een huissjesmelker waar hij een keer in de week zijn post gaat halen omdat hij net als zijn vriendin in de bijstand zit. Op deze manier krijgen ze beide het volle bedrag. ‘Dat maakt het toch makkelijker om rond te komen’.
- C2. Antisociaal persoonlijkheidspatroon** omvat de (symptomen van de) cluster B persoonlijkheidsstoornissen, waaronder ASPS, narcistische- en borderline persoonlijkheidsproblematiek. Zij laten vaak vijandigheid en prikkelbehoefte zien, houden weinig rekening met anderen en zijn vaak onvoorspelbaar, impulsief en hebben behoefte aan snelle behoeftebevrediging. *Casus*: Jan is een man met een grote prikkelbehoefte. Dat uit zich in het opzoeken van grenzen in het verkeer (te hard rijden, door rood rijden) en hij vindt dat anderen niet kunnen rijden. Eénmaal is hij naar zijn idee afgesneden in het

verkeer, hierop heeft hij de bestuurder van de weg gereden en is verhaal gaan halen, gepaard met verbale agressie en dreiging.

C3. De derde factor wordt omschreven als **pro-criminele attitudes/cognities** wat erop neerkomt dat het grensoverschrijdend gedrag gerationaliseerd wordt en wordt goedgepraat (cognitieve distorsies). Onderliggend aan een pro-criminele houding liggen vaak antisociale gedachten over de wereld, relaties en personen. Dit kan leiden tot een negatieve houding ten aanzien van bijvoorbeeld instanties, zoals politie, bedrijven en scholen. *Casus*: Mien werkt in de thuiszorg. Al jaren wordt de druk steeds groter. Ze krijgt steeds minder salaris terwijl de werkdruk toeneemt. Bij een van haar cliënten met een groot huis (dus veel werk) zag ze een doosje vol met gouden sierraden, ringen, kettingen en armbanden. Ze heeft een ketting en ring meegenomen en verkocht. Mien vond het terecht, ze moest bij deze mevrouw altijd extra hard werken, dat ze recht heeft op een extra vergoeding. En deze mevrouw had zoveel sierraden dat ze de ketting en ring best kon missen en het verzekeringsgeld zou ook genoeg zijn om beide terug te kopen.

C4. De vierde factor heeft betrekking op **stoornissen in het gebruik van middelen**, zoals alcohol, drugs, medicatie of een combinatie. De kans op herhaling van delictgedrag is groot als deze zich onder invloed van middelen manifesteert. *Casus*: Jeffrey negeert doorgaans het zoals hij het noemt het gezeur van zijn vriendin. Hij beschrijft zichzelf als een jongen met zelfbeheersing. Alleen ten tijde van het incident was hij met vrienden gaan stappen en had hij tien biertjes op. Bij thuiskomst klaagde zijn vriendin dat hij naar bier stonk, toen knapte er iets. Waar het normaal bij woorden blijft ging de discussie over in ruzie en is het tot een handgemeen gekomen.

C5. **Antisociaal netwerk** is de vijfde factor die grensoverschrijdend gedrag in de hand kan werken. Het hebben van vrienden die tot een crimineel netwerk behoren of zich inlaten met pro-criminele activiteiten kan leiden tot vervreemding en disconnectie van school, werk en van interpersoonlijke contacten met pro-sociale personen.

C6. De volgende factor heeft betrekking op **problemen op het gebied van opleiding en/of werk**, zich uitend in bijvoorbeeld conflicten met docenten/collega's, frequent te laat komen, spijbelen, schorsing of ontslag. *Casus*: Erdem heeft als koerier gewerkt bij verschillende bezorgdiensten. Hij houdt het nooit lang vol, hij is bij zijn derde werkgever wel door zijn proeftijd gekomen, maar nadat er meerdere klachten waren gekomen dat mensen hun pakketjes niet ontvangen hadden omdat hij de pakketten doorverkocht had is hij op een zwarte lijst gezet. Bij eerdere werkgevers kwam hij in de problemen door conflicten over te veel verkeersboetes, beschadigingen aan de bedrijfswagens en één keer werd hij betrapt op het roken van een joint.

C7. De factor **problemen met familie en relaties** is de zevende factor die in verband wordt gebracht met (herhaald) grensoverschrijdend gedrag. Het opgroeien in een ontwricht gezin van oorsprong waarbij sprake was van verwaarlozing en mishandeling kan in de volwassenheid tot problemen leiden op relationeel gebied en opvoedingsproblemen. *Casus*: Thuis werd niet gepraat over problemen, ouders waren vooral met zichzelf bezig. Moeder dronk stiekem en vader hield de kinderen met harde hand in het gareel. Jos ziet wel gelijkenissen met vroeger in zijn huidige relatie. Zijn vrouw spreekt zich zelden uit en is vooral lief voor de kinderen. Cliënt voelt zich de boeman, hij is degene die de kinderen moet straffen. Meestal krijgt hij ruzie met zijn vrouw over de opvoeding van de kinderen waarin zij te lief is volgens de cliënt, bijvoorbeeld 's avonds tijdens het eten weigeren de kinderen groente te eten en dan



ontstaat er ruzie tussen cliënt en zijn vrouw over wel of geen toetje geven of het moeten eten van groente. De kinderen zijn aanwezig bij de ruzie.

C8. Wanneer er geen dagbesteding is of wanneer geen aansluiting wordt gevonden bij sociale activiteiten, zoals een hobby of sociale participatie, dan is er het gevaar voor vervreemding en isolatie. Het in beperkte mate hebben van **pro-sociale activiteiten** (vrije tijd en dagbesteding) kan leiden tot ontsporing en vergroot de kans op grensoverschrijdend gedrag. *Casus*: Max is 21 en in behandeling omdat hij steeds extremere porno bekijkt (met steeds grover geweld en hij is gestuit op kindermisbruik-afbeeldingen). Buiten zijn fulltimebaan vult hij zijn vrije tijd met het kijken naar films en series en het spelen van online games.

Naast de hierboven genoemde dynamische criminogene risicofactoren bestaan er ook niet-criminogene factoren die niet direct gerelateerd zijn aan grensoverschrijdend gedrag, maar die de behandeling van de criminogene behoeften kunnen belemmeren. Voorbeelden van niet-criminogene zorgbehoeften zijn onvoldoende veerkracht, lage zelfwaardering, depressie, angst, eenzaamheid, en slaapproblemen (Andrews & Bonta, 2006). Een behandeling van cliënten met (dreigend) grensoverschrijdend gedrag die eenzijdig ingaat op niet-criminogene factoren, zal geen positief effect hebben op het verminderen van agressie (Serin et al., 2013)

### 3.4.3 Hoe moet worden behandeld? Het responsiviteitsprincipe

Volgens Bonta en Andrews (2007) is het principe van responsiviteit gericht op: *“Maximize the offender’s ability to learn from a rehabilitative intervention by providing cognitive behavioural treatment and tailoring the intervention to the learning style, motivation, abilities and strengths of the offender.”* (p.1). Met andere woorden, het gaat bij responsiviteit om het ontvankelijk maken van een cliënt voor behandeling. Dat kan door rekening te houden met algemene en specifieke responsiviteitskenmerken.

#### 3.4.3.1 Algemene responsiviteit

Bij algemene responsiviteit gaat het erom dat de best passende behandelmethode wordt aangeboden. Belangrijke vragen hierbij zijn bijvoorbeeld of individuele of groepstherapie gewenst is, of de cliënt in een heterogene of homogene behandelgroep geplaatst moet worden, of het informele sociaal netwerk van de cliënt voldoende steunfiguren bevat die het geleerde in stand kunnen houden en versterken.

Algemene responsiviteit omvat ook zaken als het afstemmen van de kenmerken van de behandelaar, de behandelsetting en het type interventie op de cliënt. Belangrijke vragen hierbij kunnen zijn: Is een ervaren behandelaar gewenst, een man of een vrouw, een directieve of een niet-directieve behandelaar, dienen er bepaalde voorzorgsmaatregelen te worden genomen met betrekking tot bijvoorbeeld beveiliging? Cliënten met een antisociale houding en autoriteitsproblemen kunnen bijvoorbeeld beter benaderd worden vanuit een niet-directieve houding. Hierdoor is de kans kleiner dat een muur van weerstand wordt opgetrokken of dat het contact snel conflictueus wordt. Cliënten met complexe psychische problemen die achterdochtig en vijandig zijn, vragen om een meer ervaren behandelaar die in staat is om diverse therapeutische technieken flexibel in te zetten. Met betrekking tot de beveiliging, een van de belangrijkste pijlers in de forensische zorg, wordt doorlopend gemonitord of er (acute)

risico's zijn. Cliënten die door de rechter zijn verwezen naar de forensische zorg staan vaak nog onder toezicht van de reclassering. Bij cliënten die in een vrijwillig kader forensische behandeling krijgen, kan de externe controle bestaan uit het betrekken van het netwerk in de behandeling.

Wat betreft de aangereikte interventie zal een cliënt meer profiteren van interventies waarvoor enige evidentie bestaat (*Best Evidence Based Practice*), die deskundigen als optimaal beoordelen (*Best Practice*) of die vaker worden toegepast (*State of the Art*). In de behandeling van dynamische criminogene factoren gaat het vooral om het toepassen van sociale leermodellen, cognitief-gedragstherapeutische interventies (Bonta & Andrews, 2007) en interventies waarbij de integriteit van het therapeutisch proces goed wordt bewaakt. Voor meer informatie over de huidige stand van kennis over behandelmethoden en -protocollen wordt verwezen naar de zorgprogramma's van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie ([www.efp.nl/projecten/zorgprogrammas](http://www.efp.nl/projecten/zorgprogrammas)) en de richtlijnen ontwikkeld door de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ en het Trimbos-instituut ([www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)).

#### 3.4.3.2 Specifieke responsiviteit

Met specifieke responsiviteit wordt bedoeld dat de behandeling afgestemd wordt op de kenmerken van deze specifieke cliënt (Bonta & Andrews, 2007). Belangrijk hierbij is dat men rekening houdt met zowel de individuele barrières als sterke kanten (Ogloff & Davis, 2004). Directe grote stressoren zoals het overlijden van een partner of gezinslid belemmeren de ontvankelijkheid van de cliënt voor de behandeling. Afhankelijk van de cliënt is het nodig om eerst aandacht te besteden aan het vergroten van de responsiviteit, voordat er gewerkt kan worden aan de dynamische risicofactoren

Bij een cliënt met ASPS, psychopathische trekken of een beperkte impulscontrole, moet bijvoorbeeld rekening worden gehouden met een mogelijk geringe behandelmotivatie, het moeizaam kunnen formuleren van een hulpvraag en met een discontinu behandelbeloop dat zich uit in relatief veel no-shows of behandeluitval. Bij cliënten met psychopathische trekken is het vermogen om zich te kunnen openstellen voor anderen onvoldoende ontwikkeld en ook het absorptievermogen om het geleerde te laten beklippen, kent gebreken. Ook andere stressoren, zoals problemen in of met het netwerk of financiële problemen, kunnen de ontvankelijkheid voor behandeling negatief beïnvloeden. Deze barrières zullen verminderd moeten worden voordat behandeling kan starten om de dynamische criminogene risicofactoren (behoeften) aan te pakken. Het aansluiten bij dergelijke moeilijke doelgroepen vereist andere vaardigheden van de behandelaar dan bij de doorsnee reguliere cliënt met psychische problemen.

Wat betreft de krachten van de cliënt gaat het vooral over factoren die het algemeen welbevinden van cliënten positief kunnen beïnvloeden (Ogloff & Davis, 2004). Deze kunnen bijdragen aan een verminderd recidiverisico op de langere termijn. Behandeling gericht op enkel het vermijden van risico's is onvoldoende om een blijvend behandel-effect te realiseren, aldus Ward en Brown (2004). De cliënt zal ook de mogelijkheden aangereikt moeten krijgen om een 'good life' te bewerkstelligen. Dit kan door aandacht te geven aan niet-criminogene

doelen die, voor de cliënt, verband houden met persoonlijke levensdoelen en positieve zelfverwezenlijking.

### 3.5 Forensische Risicotaxatie

Het doel van risicotaxatie wijkt af van die van andere psychologische diagnostische instrumenten: waar in de meeste diagnostische instrumenten het psychologisch en psychiatrisch functioneren centraal staat, gaat het bij risicotaxatie om een schatting van het risico op toekomstig delictgedrag en het identificeren van de (combinatie van) risicofactoren die hieraan ten grondslag liggen. De behandelaar zal daarom op de hoogte moeten zijn van de meest recente wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van risicotaxatie en risicofactoren in relatie tot recidive.

Naast deze forensische kennis dient de behandelaar getraind te zijn in het gebruik van een van de bestaande risicotaxatie-instrumenten. In de volgende paragraaf wordt een overzicht gegeven van de risicotaxatie-instrumenten die in het ambulante forensische veld en aanpalende ambulante sectoren worden gebruikt. Dit overzicht is ontleend aan een artikel van Van Horn, Eisenberg en Uziebło (2016), waarin eveneens de psychometrische kwaliteiten van deze instrumenten worden beschreven. Deze zijn in dit hoofdstuk buiten beschouwing gelaten. Voor een volledig overzicht zie Van Horn e.a. (2016).

In paragraaf 3.5.2 wordt een casus uitgewerkt aan de hand van een risicotaxatie-instrument dat vanaf 1 januari 2019 verplicht is gesteld als risicotaxatie- en ROM-instrument voor alle forensische poliklinieken in Nederland, de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). De FARE is niet in het overzicht opgenomen omdat het destijds nog niet ontwikkeld was.

#### 3.5.1 Risicotaxatie-instrumenten in Nederland

In het overzicht van risicotaxatie-instrumenten staan de volgende gegevens vermeld: of het een Nederlandse vertaling en bewerking van een buitenlands instrument betreft, de doelgroep waar het risicotaxatie-instrument voor werd ontwikkeld, het type instrument en het aantal items. In de verdeling naar 'type instrument' werd onderscheid gemaakt in actuariële risicotaxatie-instrumenten (AC), waarin de classificatie van het recidiverisico wordt berekend met een vaststaande formule, en gestructureerd klinische risicotaxatie-instrumenten (GKR), waarin het recidiverisico wordt bepaald op basis van het klinisch oordeel.

In het overzicht zijn 22 risicotaxatie-instrumenten opgenomen die in 2016 werden gebruikt in de ambulante sector. Hiervan zijn 14 ontwikkeld voor volwassenen en 8 voor jeugdige delinquenten.

Tabel 3.1 Risicotaxatie-instrumenten (in alfabetische volgorde) gebruikt in de ambulante sector

<b>Instrument</b>	<b>Auteurs (* NL vertalers/bewerkers)</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Type instrument</b>	<b># items</b>
ACUTE 2007	Koch e.a. (2014)*	Volwassen zedendelinquenten	AC	11
Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER) <sup>1</sup>	De Ruiter (2009)*	(Potentiële) plegers van relationeel geweld	GKR	10
Child Abuse Risk Evaluation – Nederlandse versie (CARE-NL)	De Ruiter en De Jong (2006)*	(Potentiële) plegers van kindermishandeling	GKR	18
Dynamic Risk Outcome Scales (DROS)	Drieschner en Hesper, (2008)	Volwassenen met een Licht verstandelijke beperking (LVB)	GKR	42
Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B versie 2)	Hildebrand e.a. (2011)*	Jongens (6-12 jr) met gedragsproblemen	GKR	20
Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G versie 1)	De Ruiter en Hillege (2012)*	Meisjes (6-12 jr) met gedragsproblemen	GKR	21
Juvenile Sex Offender Assessment Protocol Dutch (J-SOAP D versie III) <sup>2</sup>	Bullens e.a. (2014)*	Seksuele delinquenten (12-18 jr)	GKR	28
Instrument voor Forensisch-poliklinische Behandel Evaluatie – practitioners report (IFpBE-pr)	Schuringa e.a. (2014)	Volwassen delinquenten	GKR	22
Level Service/Case Management Inventory (LS/CMI) <sup>3</sup>	LS/CMI: Bouman en Wismeyer (2011)*	Volwassen delinquenten	AC	43
Landelijke Instrumentarium Jeugd strafrechtketen (LIJ) <sup>4</sup>	Ministerie van Justitie (2011)	Jongeren (12-17 jr) die met politie in aanraking zijn gekomen	AC	127

<sup>1</sup> De B-SAFER is afgeleid van de Spousal Assault Risk Assessment (SARA. Nederlandse vertaling en bewerking: Hildebrand & De Ruiter, 2001). De SARA wordt in Nederland niet of nauwelijks meer gebruikt. De B-SAFER wordt vooral gebruikt door reclasseringswerkers en politie.

<sup>2</sup> Eerdere versies van de J-SOAP D verschenen in 2005 (versie I) en 2012 (versie II).

<sup>3</sup> Voorheen de *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R. Lammers & Philipse 2003)

<sup>4</sup> Het LIJ is bedoeld als ketendossier gescoord en gebruikt door verschillende partijen in de jeugdstrafrechtketen, waaronder de politie, de Raad voor de Kinderbescherming, de jeugdreclassering en de justitiële jeugdinrichtingen.

Tabel 3.1 Risicotaxatie-instrumenten (in alfabetische volgorde) gebruikt in de ambulante sector (vervolg)

<b>Instrument</b>	<b>Auteurs (* NL vertalers/bewerkers)</b>	<b>Doelgroep</b>	<b>Type instrument</b>	<b># items</b>
Recidive InschattingSchalen (RISc)	Programma Terugdringen Recidive (2004)	Volwassen justitiabelen	GKR	72
Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische ggz jeugd (RAF ggz jeugd) <sup>5</sup>	Van Horn e.a. (2012)	Jongeren (12-17 jr)	GKR	106
Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische ggz volwassenen (RAF ggz volwassenen) <sup>6</sup>	Van Horn e.a. (2012)	Volwassenen	GKR	98
Risicotaxatie-instrument Huiselijk Geweld (RiHG) <sup>7</sup>	Kuppens en Beke (2008)	Huiselijk geweldplegers	AC	20
SAPROF	De Vogel e.a. (2007)	Gewelddadige volwassenen	GKR	17
SAPROF Youth version	De Vries Robbé e.a. (2014)	Gewelddadige jongeren	GKR	16
Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)	Lam e.a. (2009)*	Volwassen (seksueel-) geweldplegers	GKR	22
STABLE 2007	Van den Berg e.a. (2014)*	Volwassen zedenplegers	AC	13
Static-99R <sup>8</sup>	Smid e.a. (2014)*	Volwassen zedenplegers	AC	10

<sup>5</sup>. Voorheen: WaagSchaal jeugd 2008 en 2009 (Van Horn, e.a. 2008; 2009).

<sup>6</sup>. Voorheen: WaagSchaal volwassenen 2008 (Van Horn e.a. 2008) en WaagSchaal volwassenen 2009 (Van Horn e.a. 2009).

<sup>7</sup>. Het RiHG wordt ingevuld door de Hulpofficier van Justitie (HOvJ) en is bedoeld om te beoordelen of in een situatie van (dreigend) geweld een huisverbod kan worden opgelegd.

<sup>8</sup>. Voorheen: Static-99 (Van Beek e.a. 2001)

### 3.5.2 Forensisch Ambulante Risico-evaluatie (FARE)

De *Forensische Ambulante Risico Evaluatie* (FARE; Van Horn et al., 2016) is een risicotaxatie- en behandel-evaluatie instrument ontwikkeld voor gebruik in de ambulante forensische GGZ, maar kan ook worden ingezet bij alle cliënten die behandeling of begeleiding nodig hebben voor (dreigend) strafbaar gedrag (zie voor de FARE-handleiding, training en andere informatie [www.FARE-Ambulant.nl](http://www.FARE-Ambulant.nl)).

#### 3.5.2.1 FARE Items

De FARE is een generiek instrument, wat betekent dat het instrument gebruikt kan worden bij alle volwassen cliënten ongeacht het type delictgedrag dat zij in het verleden hebben gepleegd. De FARE is gestoeld op het RNR-Model (Bonta & Andrews, 2017) dat in paragraaf 3.4 is toegelicht. De FARE bestaat uit 17 risicofactoren (tabel 3.1), waarmee het functioneren van de cliënt beoordeeld wordt op een 5-puntsschaal (0 goed functioneren – 4 zeer slecht functioneren). De 17 risicofactoren hangen samen met (dreigend) delictgedrag. Er wordt onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische risicofactoren. De statische risicofactoren beschrijven het functioneren van de cliënt in het verleden en leveren een lange termijn voorspelling van het recidiverisico op (een soort basis recidiverisico). De dynamische factoren zijn factoren die beïnvloed kunnen worden door behandeling en hangen samen met recidiverisico op de middellange termijn (zo'n twee jaar).

Tabel 3.2: Risicofactoren FARE

<b>Statische Risicofactoren</b>	<b>Dynamische Risicofactoren</b>
S1 Leeftijd eerste politiecontact	D1 Disfunctioneren opleiding/werk
S2 Aantal eerdere en huidige veroordelingen	D2 Financieel wanbeleid
S3 Aantal type delicten	D3 Delinquent sociaal netwerk
S4 Regelovertredend gedrag in het verleden	D4 Beperkte vrijetijdsbesteding
S5 Instabiliteit opleiding/werk in het verleden	D5 Problematische (ex-)partnerrelatie
S6 Problematisch middelengebruik in het verleden	D6 Instabiliteit woonsituatie
	D7 Problematisch middelengebruik
	D8 Gebrekkige impulsbeheersing
	D9 Disfunctionele oplossingsvaardigheden
	D10 Antisociale houding
	D11 Regelovertredend gedrag

### Het recidiverisico

Het algemene recidiverisico in de FARE wordt op twee manieren ingeschat: op basis van een actuariële risicoclassificatie en het gestructureerd klinisch oordeel. De actuariële of algoritmische risico-classificatie volgt uit de somscore van de zes statische items waarbij de minimale score 0 kan zijn en de maximale score 24. De classificatie verloopt op een 5-puntsschaal: zeer laag (0-4), laag (5-9), matig (10-11), hoog (12-16), zeer hoog (17-24). Het actuariële recidiverisico kan worden beschouwd als het basis recidiverisico. Het gestructureerd klinisch oordeel is gebaseerd op de dynamische risicofactoren waarbij afgeweken kan worden van het basis recidiverisico. De inschatting van het recidiverisico gebeurt eveneens een 5-puntsschaal van zeer laag tot zeer hoog.

### Risicotaxatie procedure

Voordat het risicotaxatie-instrument gescoord kan worden, verzamelt en bestudeert de behandelaar alle beschikbare informatie over de cliënt. Om een betrouwbaar beeld te krijgen van de risico's wordt aangeraden om zoveel mogelijk verschillende informatiebronnen (collaterale informatie) te gebruiken. Informatiebronnen kunnen namelijk onvolledig zijn of elkaar tegenspreken. Let er wel op dat risicotaxatie niet gericht is op waarheidsvinding, maar om een zo accuraat mogelijk beeld te krijgen van de persoon en diens maatschappelijke inbedding.

De informatie voor de risicotaxatie kan afkomstig zijn van rapportages van de reclassering en/of pro Justitia, verslagen van eerdere (forensische) behandelingen en medicatiegeschiedenis, maar ook van andere assessment methoden zoals de intake, het psychiatrisch consult, psychologisch testonderzoek, sociale diagnostiek en gesprekken met cliënt en naasten. In de praktijk kan de beschikbare informatie beperkt zijn, zeker bij de start van het behandeltraject. In die gevallen zal de beoordelaar afhankelijk zijn van de informatie die cliënt zelf geeft in het risicotaxatiegesprek en/of van informatie van zijn netwerkleden, zoals de partner. De behandelaar moet er op bedacht zijn dat hoe minder verschillende informatiebronnen beschikbaar zijn, des te onbetrouwbaarder de taxatie kan zijn.

De risicotaxatie procedure bestaat uit:

- 1) dossier doorlezen en gesprekken met cliënt en netwerk. De FARE interviewgids is een hulpmiddel dat tijdens de risicotaxatie gesprekken kan worden gebruikt (zie [www.FARE-ambulant.nl](http://www.FARE-ambulant.nl));
- 2) items scoren en deze scores onderbouwen;
- 3) het identificeren van de dynamische criminogene risicofactoren en beschermende factoren en de relatie leggen tussen deze risicofactoren en de kans op (terugval in) delictgedrag. Hierbij zijn de 3 en 4-scores van belang, alsmede de *Central Eight* criminogene risicofactoren uit het RNR-model die in paragraaf 3.4.2 uiteen zijn gezet;
- 4) de classificatie van het recidiverisico op basis van de actuariële methodiek en het inschatten van het recidiverisico op basis van het gestructureerd klinisch oordeel;
- 5) risicotaxatie-uitkomsten vertalen naar behandelbeleid, dat wil zeggen behandelduur en behandelintensiteit (risico-principe) en het formuleren van behandeldoelen (behoefte-principe), waarbij ook aandacht is voor de veiligheid voor zichzelf en anderen;
- 6) het identificeren van algemene en specifieke responsiviteitskenmerken;
- 7) opstellen van een verslag waarin de doelen worden beschreven en geprioriteerd.

#### 3.5.2.2 Voorbeeld van het gebruik van de FARE in de praktijk: casus Jack

Aan de hand van de casus van Jack wordt de risicotaxatie met de FARE toegelicht. De risicotaxatie met de FARE is gebaseerd op het intakegesprek met Jack, dossierinformatie bestaande uit eerdere hulpverleningsverslagen, en het gesprek met Sandra, zijn echtgenote. Hieronder volgt een samenvatting van de informatie.

Jack wordt door de huisarts aangemeld voor behandeling voor agressieproblematiek. Hij is 35 jaar en is getrouwd met Sandra. Samen hebben ze twee zoontjes van vijf en zeven jaar oud. Ze wonen al 10 jaar in een rijtjeshuis in een rustige buurt. Jack komt alleen naar het intakegesprek.

Hij vertelt dat hij vroeger veel spijbelde en maakte veel ruzie met medeleerlingen en leraren. Door een uit de hand gelopen ruzie met een leraar is hij een keer enkele weken van school geschorst. In deze periode pleegde hij ook veelvuldig diefstal met (veelal oudere) vrienden. Ze stuurden hem er altijd op uit omdat hij nog wat te bewijzen had. Hij is maar een keer gepakt voor het stelen van een fles sterke drank waarvoor hij een HALT-afdoening opgelegd heeft gekregen, hij was toen 14 jaar. De HALT-afdoening bestond uit graffiti verwijderen bij het station, hij heeft dit netjes afgerond.

Drankgebruik is nooit een probleem geweest, hij drinkt graag een biertje tijdens een feestje, maar verder niet. Jack vertelt dat hij wel sinds zijn jeugd wiet gebruikt. Hij kwam hiermee in aanraking doordat hij dit aangeboden kreeg van vrienden en het gaf hem een lekker gevoel. Hij merkte meteen hoe relaxed hij ervan werd en in de loop der jaren is het recreatief gebruik overgegaan naar meer structureel gebruik. Hij merkt dat hij sinds een jaar wat sneller naar een joint grijpt dan hij eigenlijk van plan was. Jack geeft aan dat hij door wiet makkelijker kan kalmeren en weet niet goed hoe hij op een andere manier rustig kan worden.

Na de MAVO en het MBO met enige vertraging te hebben afgerond, is hij gaan werken in de bouw, hij werkt mee aan grote bouwprojecten. Hij werkt nu vijf jaar voor dezelfde werkgever. Jack vertelt dat hij op het werk wel van een lolletje houdt met collega's: het moet ook een beetje leuk blijven. Als hij ziet dat zijn collega's iets niet goed doen, dan geeft hij een waarschuwing door een grap te maken. Hij heeft een aantal keer een ongeluk gehad, "eerst doen en dan pas aan de veiligheid denken hé." Zijn vrije tijd brengt Jack vaak door met zijn vrienden. Ze gaan in het weekend naar de kroeg en zo af en toe naar een voetbalwedstrijd. Jack voetbalt zelf ook bij een vereniging, hij doet dit zo'n twee keer per week.

Zijn vrienden zijn niet betrokken bij criminele activiteiten, aldus Jack. Hij heeft twee vrienden die wiet dealen, maar dit ziet hij niet als criminaliteit omdat het softdrugs is. Zijn overige netwerk bestaat uit bevriende stellen die hij heeft leren kennen via Sandra. Het contact met zijn vrienden van vroeger is verwaterd.

Jack omschrijft zichzelf als recht voor zijn raap. Hij vertelt al van jongs af aan moeite te hebben met vooruitplannen en leeft daarom met de dag. Zijn vrouw Sandra doet de administratie thuis, want Jack heeft daar het geduld niet voor. Als hij iets wil kopen, dan doet hij dat direct zonder na te denken, dit vaak tot ergernis van zijn vrouw. Dit heeft niet geleid tot financiële problemen volgens Jack. Hij vertelt dat hij door Sandra naar behandeling is gestuurd met de boodschap dat als hij niet verandert, zij bij hem weg gaat. Hij snapt hier niets van, want hij is naar eigen zeggen een rustige jongen geworden sinds hij haar heeft leren kennen.

Hij is zijn wilde haren verloren, al vertelt hij dat hij nog altijd graag stevig doorrijdt en daarom erg boos kan worden op andere weggebruikers die niet opletten en te langzaam rijden. "Van alle snelheidsboetes die ik heb gekregen zouden we een leuke vakantie kunnen boeken", zegt hij. Jack zegt geen spijt te hebben van zijn uitbarstingen in het verkeer, "dan moeten ze maar doorrijden". Na afloop van de intake vertelde de secretaresse aan de intaker dat ze zodanig schrok van Jacks toon en opmerking "nou nou, kan er niet eens een lachje vanaf?". Ze had het gevoel dat ze de behandelaar hierover moest inlichten.

Omdat Jack van zijn vrouw in behandeling moet, heeft de intaker Sandra uitgenodigd voor een gesprek. Zij vertelt dat deze behandeling het laatste redmiddel is voor hun relatie. Als Jack zich niet inzet voor de behandeling, dan gaat ze bij hem weg. Jack is namelijk enorm prikkelbaar. Thuis heeft Jack ook soms last van woede-uitbarstingen maar deze ontaarden tot nu toe niet in het gebruik van



geweld, mede omdat thuis iedereen zich rustig houdt en op zijn hoede is. In het verkeer en in de kroeg gaat het echter regelmatig mis. Daarnaast laat Jack vaak verbale agressie zien richting personeel in bijvoorbeeld winkels of restaurants wanneer hij naar zijn idee niet goed geholpen wordt. “Na zo’n aanvaring krijg ik Jack nooit meer terug die winkel in”, vertelt ze.

Sandra vertelt dat zij hem in dit soort situaties meestal probeert te kalmeren en zorgt dat hij zich terugtrekt uit het conflict. Hierbij heeft Jack haar een keer in haar gezicht geraakt met zijn elleboog. Sandra is bang dat het Jack niet lukt om het conflict uit de weg te gaan wanneer hij alleen of met zijn vrienden is. Ook heeft ze het idee dat Jack hierover liegt en/of dingen verzwijgt. Zo hoorde ze laatst van een vriend van Jack dat hij de kroeg was uitgezet na een ruzie.

Ook is Sandra niet blij met de impulsaankopen die Jack regelmatig doet, maar gelukkig heeft dit nooit tot financiële problemen geleid. Ze vindt dat Jack met zijn woede-uitbarstingen een slecht voorbeeld is voor hun zontjes, die hier soms bij aanwezig zijn. De oudste schreeuwt steeds vaker tegen vriendjes op het schoolplein en de jongste wordt soms zo bang van de uitbarstingen van zijn vader dat hij in zijn broek plast. Dit is voor Sandra de aanleiding geweest om hulp te gaan zoeken.

### **Uitwerking van de risicotaxatie in stappen**

#### *Dynamische criminogene risicofactoren en beschermende factoren.*

De items uit de FARE zijn gescoord op basis van de informatie die van Jack beschikbaar is en met de FARE-handleiding. Om betekenis te geven aan de individuele scores van Jack en de relatie met zijn agressieve impulsen is het van belang om eerst te kijken naar de hoogste scores (scores 3 en 4). Deze scores geven namelijk een grote mate van disfunctioneren weer op de betreffende risicofactor. Door tijdens het scoren van de items te onderbouwen waarom een bepaalde score gerechtvaardigd is, wordt de vertaalslag van risicofactoren naar de relatie met delictgedrag makkelijker. Bovendien gaat het in de verslaglegging niet zozeer om de scores die worden gegeven, maar meer om de onderbouwing ervan en de relatie die ze hebben met het delictgedrag.

Jack heeft op de volgende risicofactoren een score 3 of 4 gekregen: gebrekkige impulsbeheersing (score 4) en antisociale houding (score 3). Beide factoren zijn belangrijke *Central Eight* criminogene factoren. Jacks agressieproblemen uiteten zich vooral in ruzies en impulsieve woede-uitbarstingen, voornamelijk in het openbaar. Ook is er bij Jack sprake van risicovol gedrag (te hard rijden) en praat hij bepaalde vormen van criminaliteit goed (o.a. verkeersovertredingen en het dealen van drugs door zijn vrienden). Dit wijst op de aanwezigheid van pro-criminele attitude/cognities. Het feit dat zijn vrouw Sandra veel meer voorbeelden van woede-uitbarstingen noemde in het gesprek dan Jack zelf, suggereert dat Jack zijn problemen ontkent of minimaliseert.

Vanuit de risicotaxatie worden enige problemen (score 2) gevonden bij Jack op de volgende gebieden: antisociaal netwerk, problematisch middelengebruik en disfunctionele oplossingsvaardigheden, waarvan de eerste twee risicofactoren onderdeel uitmaken van de *Central Eight* criminogene risicofactoren. Jack vertelt dat hij niet weet hoe hij zijn negatieve gevoelens kan verminderen, anders dan dat hij wiet gebruikt als oplossing voor zijn frustraties

en prikkelbare stemming. Jacks twee beste vrienden dealen in wiet, maar het is nog onbekend in hoeverre zij hem negatief beïnvloeden.

In het proces van risicotaxatie wordt ook onderzocht of er potentiële beschermende factoren zijn, dat zijn factoren die de kans op herhaald delict gedrag voorkomen dan wel verminderen. Als richtlijn in de FARE gelden hiervoor de 0-scores. Om als potentieel beschermende factor aangemerkt te worden, moet vanuit de casus aannemelijk worden gemaakt hoe deze 0-scores beschermend kunnen werken. In de praktijk is dat heel lastig omdat het delictgedrag heeft plaatsgevonden ondanks het goed functioneren op de betreffende gebieden.

Jack heeft 0-scores op de volgende gebieden: Disfunctioneren opleiding/werk, beperkte vrijetijdsbesteding en instabiliteit woonsituatie. Vanuit de casus worden geen aanwijzingen gevonden dat het goed functioneren op deze gebieden in de afgelopen zes maanden de kans op herhaalde agressie hebben verminderd. Zijn vrouw Sandra lijkt het gedrag van Jack enigszins te kunnen beteugelen. De vraag is hoe Jack reageert in conflictsituatie als zij er niet bij is, bijvoorbeeld wanneer hij met zijn vrienden op stap is. Zijn vrouw vertelt bovendien dat ze thuis op haar hoede is en dat er thuis een dreigende sfeer hangt. Ofschoon Jack zich thuis tot nu toe rustig heeft weten te houden, wordt de kans reëel geacht dat hij – als er niet wordt geïntervenieerd – op een gegeven moment ook thuis zijn woede niet zal kunnen beheersen.

#### *Recidiverisico*

De actuariële risicoclassificatie op basis van de statische risicofactoren levert voor Jack een matig recidiverisico op (11 van de 24 punten). De statische risicofactoren die het meest bijdroegen aan dit recidiverisico waren ‘jonge leeftijd bij eerste politiecontact’ (score 4), ‘diversiteit van het delictgedrag’ (score 2), ‘instabiliteit werk/opleiding verleden’ (score 2) en ‘middelengebruik’ (score 2).

De actuariële risicoclassificatie kan worden beschouwd als het basis recidiverisico dat kan worden afgeschaald of opgeschaald als de dynamische risicofactoren en beschermende factoren worden meegewogen. Bij het meewegen van de dynamische risico- en beschermende factoren schat de behandelaar het recidiverisico van Jack hoog in en wijkt daarmee af van het basis recidiverisico. Redenen om hiervan af te wijken zijn de hoge scores op Gebrekkige impulsbeheersing (score 4) en Antisociale houding (score 3), en op de inschatting dat de woede-uitbarstingen zich ook in de thuissituatie voor kunnen doen. Daarnaast ziet de behandelaar geen beschermende werking uitgaan van de gebieden waar Jack een score 0 op heeft gekregen.

#### *De vertaalslag naar behandelbeleid (Risiko-principe) en behandelinhoud (behoefte-principe)*

Het maken van de vertaalslag vanuit de risicotaxatie naar behandelbeleid en behandelinhoud verloopt volgens het risico- en behoefteprincipe. Afhankelijk van het recidiverisico wordt bepaald hoe intensief en langdurig de behandeling moet zijn (risico-principe). Jack heeft een hoog recidiverisico, hetgeen zich laat vertalen in een langere behandelduur en met frequente behandelsessies.

Onderzoek is schaars als het gaat om een effectieve dosis behandeluren afgestemd op het recidiverisico. In een van de weinige studies naar de behandel dosering en relatie tot het recidiverisico wordt aangeraden om cliënten met een matig recidiverisico 100-149 uur aan behandeling gericht op de risicofactoren aan te bieden, en de hoog risicogroep 200-249 uur (Makarios, Sperber, & Latessa, 2014). Een en ander is natuurlijk afhankelijk van de aanwezige belemmeringen wat betreft responsiviteit. Hier wordt later op ingegaan.

Aangeraden wordt om de risicotaxatie elke 6 tot 12 maanden te herhalen omdat elke risicotaxatie een momentopname is en de dynamische risicofactoren aan verandering onderhevig zijn. Het behandelbeleid vraagt eveneens om maatregelen gericht op beveiliging. In de casus van Jack is de vraag of er extra beveiligingsmaatregelen nodig zijn gezien zijn impulsieve woede-uitbarstingen in openbare gelegenheden en de inschatting dat er een reële kans bestaat dat deze uitbarstingen zich ook vaker in de thuissituatie zouden kunnen voordoen. Er bestaan tevens zorgen rond de ontwikkeling van de kinderen. Om de veiligheidsrisico's te blijven monitoren, wordt zijn vrouw bij de behandeling betrokken.

De voornaamste inhoudelijke behandel doelen richten zich vooral op de *Central Eight* risicofactoren (behoefte-principe) waaronder het leren onderkennen van zijn antisociale houding en het beheersen van zijn impulsiviteit (zich uitend in agressief gedrag en impulsaankopen) onder andere door vaardigheden te leren om gevoelens van stress/spanning eerder te herkennen en te verminderen. Het gebruik van wiet, de gevolgen hiervan en de functie en betekenis die het voor hem heeft, zijn extra aandachtspunten in de behandeling. Op zijn werk laat Jack een adequate coping strategie zien, zoals het gebruik van humor om fouten van anderen aan te kaarten. In de behandeling zal worden bekeken hoe hij deze strategie ook in andere situaties kan inzetten.

Eveneens van belang voor de behandeling is het responsiviteitsprincipe. Jack geeft aan dat hij voor zijn vrouw in behandeling is gegaan. Hij geeft hiermee te kennen extern gemotiveerd te zijn: als hij niet naar de afspraken komt beëindigt zijn vrouw hun relatie. Dit hoeft de behandeling niet in de weg te staan, maar het is wel van belang de motivatie blijvend te monitoren. De diagnose ASPS kan in deze casus vragen om een meer directieve bejegening, met de vaardigheid tot de-escaleren. Verder zijn er geen duidelijke specifieke responsiviteitsoverwegingen die een rol zouden moeten spelen in de vormgeving van de behandeling. Wat betreft de algemene responsiviteitsprincipes (waaronder de behandelsetting en het type interventie) is het advies om Jack te verwijzen naar een ambulante forensische ggz-instelling waarbij de focus ligt op een training om agressieve impulsen te beheersen. Met name de zorg rond de kinderen die negatieve gevolgen ondervinden van de woede-uitbarstingen van hun vader vereisen dat systemisch wordt gewerkt aan het verminderen van risicofactoren en dat de veiligheid continu moet worden gemonitord.

Bovenstaande uitwerking geeft in het kort weer hoe een risicotaxatie proces verloopt en hoe de informatie wordt gestructureerd en geïnterpreteerd volgens de RNR-principes. Risicotaxatie en vooral het maken van de vertaalslag in een behandeling op maat die gericht is

op het verminderen dan wel stoppen van recidive, is een moeilijke exercitie. De casus Jack is redelijk goed te overzien gezien de problemen die zich manifesteren op hooguit een of twee gebieden. Het meest complexe van het verrichten van risicotaxatie is het wegen van de risicofactoren om tot een onderbouwt gestructureerd klinisch oordeel te komen van het recidiverisico en het maken van de vertaalslag naar concrete behandeldoelen.

De instrumenten die in de volgende paragraaf worden behandeld zijn eenvoudiger in het gebruik omdat het vaak screeners betreft waarbij het gedrag wordt geobserveerd.

### 3.5.3 Personen met verward gedrag

Wanneer het gaat om personen met verward gedrag, wordt van behandelaren verwacht dat ze aan vroeg signalering doen, dat ze samenwerken met relevante partners, dat ze maatwerk leveren en dat ze zich voldoende flexibel opstellen. Daarnaast is kennis over instrumenten om veiligheid in te schatten en inzicht te krijgen in de juiste zorgbehoefte een noodzaak. Dit is een uitgebreid eisenpakket terwijl behandelaren eigenlijk zijn opgeleid om volgens bepaalde richtlijnen en zorgstandaarden te handelen die gestoeld zijn op wetenschappelijk onderzoek om cliënten optimaal te ondersteunen en te behandelen.

Omdat behandelaren in de reguliere GGZ steeds vaker te maken krijgen met personen met verward gedrag die risicogedrag kunnen vertonen, gewelddadig zijn of in een crimineel milieu terecht zijn gekomen, wordt hier ingegaan op kenmerken van personen met verward gedrag en op instrumenten voor het beoordelen van veiligheidsrisico en zorgbehoeften. Dit gedeelte is gebaseerd op een rapport dat werd geschreven in het kader van de aanpak van personen met verward gedrag (Schippers et al., 2018). Voordat de kenmerken worden beschreven van personen met verward gedrag, wordt eerst een achtergrond geschetst van de prevalentie in Nederland van personen met verward gedrag.

In diverse sectoren in Nederland wordt in de afgelopen jaren een toename gesignaleerd in overlast veroorzaakt door personen met verward gedrag. Zo meldt de politie een stijging van 13% in het aantal overlastmeldingen over personen met verward gedrag (de zgn. E33-melding) over de jaren 2011-2016 (de Vries, Spruit, & Stams, 2016; NOS, 2017). Ook openbare vervoersbedrijven en wooncorporaties (Boerebach, 2015) zien een stijging van de overlast door personen met verward gedrag en het Leger des Heils constateert dat steeds meer 'uitbehandelde' cliënten met psychiatrische problemen dakloos op straat terechtkomen (Van Everdingen, 2015). Deze toename wordt echter niet overal waargenomen. Gegevens van de gemeente Utrecht bijvoorbeeld wijzen uit dat slechts 25-50% van het aantal E33-melding bij de politie daadwerkelijk gaat om personen met verward gedrag (Gemeente Utrecht, 2016). Ook door anderen wordt geconcludeerd dat het aantal personen met verward gedrag niet eenduidig kan worden vastgesteld en al helemaal niet dat verward gedrag één op één gepaard gaat met overlast (De Graaf, Ten Have, Van Gool, & Van Dorsselaer, 2012; Koekkoek, 2016). Een tegengestelde trend lijkt zich eerder voor te doen: het aantal meldingen bij de OGGZ en bij meldpunten Zorg en Overlast rapporteren een daling in de afgelopen jaren (GGD/GHOR Nederland, 2015). Ook het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) meldt een daling van de ervaren overlast in de buurt (CBS, 2015).

Ondanks het feit dat niet eenduidig kan worden vastgesteld of er sprake is van een toename van mensen met verward gedrag, wordt in de media druk gespeculeerd over de oorzaak van veronderstelde toename. De ambulantisering van de GGZ zou hierin een centrale rol spelen (Koekkoek, 2016). Toch nuanceren enkele gegevens het beeld dat ambulantisering de oorzaak is voor de toename van personen met verward gedrag. Zo meldt de gemeente Utrecht dat de uitstroom uit klinische instellingen al jaren redelijk stabiel is met ongeveer 25% en was de stijging van E33-meldingen bij de politie al eerder zichtbaar dan de afbouw van het aantal klinische bedden (Gemeente Utrecht, 2016). Ook minister Plasterk (2017) stelde in antwoord op Kamervragen dat de decentralisatie van de zorg niet de oorzaak is van problemen door verward gedrag en suggereert dat de gesignaleerde toename het resultaat kan zijn van de scherpere registratie bij de politie.

Ongeacht de vraag of de ambulantisering de oorzaak is van de toegenomen overlast door ‘verwarde personen’, is er een groep personen met verward gedrag die goede opvang en zorg nodig heeft, maar hiervan verstoken blijft. Een onderdeel van de verbetering van deze zorg is het ontwikkelen en implementeren van instrumenten voor een adequate beoordeling en taxatie van de veiligheidsrisico’s en zorg of begeleidingsbehoefte.

#### 3.5.3.1 Kenmerken van personen met verward gedrag

In het rapport van Schippers et al. (2018) werden op basis van een uitgebreid literatuuronderzoek, de meest voorkomende demografische en sociaal-maatschappelijke kenmerken beschreven van personen met verward gedrag. Ook de fysieke en psychische gezondheid werd hierin meegenomen.

In het rapport werd geconcludeerd dat personen met verward gedrag over het algemeen geclusterd konden worden in vier subgroepen: dak- en thuislozen, mensen met een stoornis in het gebruik van middelen, mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en mensen met psychotische symptomen. Uit de literatuurreview kwam naar voren dat de vier subgroepen overlappende kenmerken hadden (zie tabel 3.3). Voor een volledige beschrijving van het literatuuronderzoek wordt verwezen naar Schippers et al. (2018).

**Tabel 3.3. Overlappende Kenmerken uit de Vier Subgroepen Personen met Verward Gedrag**

Demografische kenmerken	
Geslacht	Mannelijk
Leeftijd	30 – 50 jaar
Afkomst	Marokkaans, Turks, Antilliaans
Sociaal-maatschappelijke kenmerken	
Werk	Werkloos, uitkering
Financiën	Schulden, armoede
Wonen	Slechte en/of vervuilde woonomgeving
Sociaal netwerk	Isolatie, beperkt sociaal netwerk, uitsluiting, stigmatisering
Vrije tijd	Beperkte dagbesteding
Fysieke en psychische gezondheid	
Fysiek	Fysieke verwaarlozing, slechte fysieke gezondheid
Psychisch	Persoonlijkheidsstoornis, trauma-gerelateerde klachten, PTSS, dementie

Personen met verward gedrag worden, zeker als zij deel uitmaken van een van de genoemde vier subgroepen, vaak uitgesloten en gestigmatiseerd. Een deel van deze mensen begeeft zich in het criminele circuit, vaak gekenmerkt door gewelddadig gedrag, terwijl anderen juist herhaald slachtoffer worden van criminaliteit en een grotere kans hebben op suicide. Wat betreft de hulpverlening wordt bij een deel een lange hulpverleningsgeschiedenis aangetroffen, terwijl anderen zich juist aan zorg onttrekken (zorgmijders) of de weg naar de hulpverlening niet weten te vinden.

Om meer grip te krijgen op de diversiteit van personen met verward gedrag classificeerde het aanjaagteam Verwarde Personen deze groep in vier categorieën op basis van zwaarte van de problematiek, de mate van overlast en benodigde ondersteuning (Aanjaagteam Verwarde Personen, 2016). Zie Figuur 3.1.



*Figuur 3.1 Categorieën Verwarde Personen (Aanjaagteam Verwarde Personen, 2016 p.7)*

In het veldonderzoek van Schippers et al. (2018) gaven professionals uit het veld die geregeld met personen met verward gedrag in aanraking komen, aan deze vierdeling deels te herkennen, maar ze in de praktijk niet of nauwelijks te gebruiken omdat de zorgverlening er

onvoldoende bij aansluit. Helaas werd de categorisering in het rapport van het Aanjaagteam niet verder toegelicht en was ook de herkomst ervan onduidelijk. Door Schippers et al. (2018) werd op basis hiervan geconcludeerd dat de huidige classificatie onvoldoende concrete input levert om personen met verward gedrag te screenen op (acute) veiligheidsrisico's en zorg- of begeleidingsbehoeften. In het veld werd opgemerkt dat professionals nog onvoldoende in veiligheidsrisico's denken en dat zij onvoldoende zicht hebben op beschikbare instrumenten om snel zicht te krijgen op deze risico's.

#### 3.5.3.2. Instrumenten voor het screenen van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften

Schippers et al. (2018) maakten een overzicht van instrumenten die worden gebruikt om een eerste screening te doen van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften. Deze instrumenten worden gebruikt door onder andere medewerkers van (O)GGZ, crisisdiensten, wijkteams of veiligheidshuizen. Het overzicht van instrumenten heeft een bredere scope dan enkel de beoordeling en taxatie van personen met verward gedrag. Voor een compleet overzicht van de instrumenten wordt verwezen naar Schippers et al. (2018) dat beschikbaar is op de website van ZonMw.

Met het oog op het doel van dit hoofdstuk is in tabel 3.4 een selectie van instrumenten opgenomen die bruikbaar kan zijn voor behandelaren in de reguliere GGZ om te screenen op veiligheidsrisico's en een eerste indruk te krijgen over de zorgbehoeften. Het betreffen vooral instrumenten die observeerbare zaken in kaart brengen zoals het gedrag van cliënt of kenmerken in diens omgeving. Deze instrumenten zijn – voor zover bekend - zonder training te gebruiken.

**Tabel 3.4** Overzicht instrumenten voor het screenen en beoordelen op veiligheidsrisico's en zorg dan wel begeleidingsbehoefte

Naam instrument en beschrijving	Doel en doelgroep	Domein	Items
<p>ABC-screening (McGlen, Wright, Haumueller, &amp; Croll, 2008) gebruikt door crisisdienst van Altrecht</p> <p>De lijst is eenvoudig in te vullen op basis van observatie: diepere diagnostiek is dus niet nodig. Ook het FACT-team van GGZ Centraal maakt gebruik van deze lijst bij hun triage.</p>	<p>Triage acute veiligheidsrisico's voor cliënten in crisis</p>	<p>Aanblik en Atmosfeer (Eerste indruk)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat is de eerste observatie, wat ziet men, wat is aangetroffen en waar?</li> <li>- In welke omgeving / plaats is cliënt aangetroffen?</li> <li>- Wat is zijn nationaliteit?</li> <li>- Wat was de melding en wat is de situatie die men aantrof?</li> </ul>
		<p>Bezig (Gedrag)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat doet de cliënt, wat is de situatie?</li> <li>- Is de cliënt zich bewust van de omgeving?</li> <li>- Is de cliënt: confronterend, provocerend, op zijn hoede, sociaal georiënteerd, afgeleid, angstig, vrolijk of somber?</li> <li>- Is de cliënt genegen tot overreding, coöperatief?</li> <li>- Wisselt het gedrag? Uitspraken/handelingen zichzelf of een ander iets te willen aandoen?</li> <li>- Wat wil de cliënt?</li> <li>- Wat doet de cliënt op dit moment?</li> </ul>
		<p>Communicatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wat zegt de cliënt en op welke wijze wordt het gezegd?</li> <li>- Spraak: beverig, emotioneel, snel, traag, zich herhalend, scheldend/schreeuwend. Logisch of onlogisch.</li> <li>- Praat de cliënt tegen stemmen die anderen niet horen?</li> <li>- In de rede vallen of in staat vragen te beantwoorden? Is er sprake van monotonie of expressie</li> </ul>
		<p>Dreiging (Gevaar)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Is de cliënt in gevaar of veroorzaken de acties van cliënt gevaar voor anderen?</li> <li>- Heeft cliënt gedachten/plannen/acties over suïcide? Bezit de cliënt (potentiële)wapens (of geeft hij aan deze te bezitten)? Is cliënt agressief naar anderen (geweest)?</li> <li>- Is cliënt agressief naar materiaal geweest? Zijn anderen in de omgeving in gevaar?</li> <li>- Veroorzaken anderen gevaar voor jou, de cliënt of anderen?</li> <li>- Hoe stabiel is de omgeving? Eerdere agressie of suïcidepogingen? Kan cliënt alleen worden gelaten of toezicht nodig?</li> </ul>



Naam instrument en beschrijving	Doel en doelgroep	Domein	Items
		Extra factoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Somatische klachten, medicatie, ziekten / aandoeningen?</li> <li>- Heeft de cliënt een beperking (lichamelijk) of andere speciale zorg nodig?</li> </ul>
Checklist Persoonsgerichte aanpak op maat (Veiligheidshuis Fryslân, 2016a)	Helpt professionals samen te werken rondom een casus, het proces te optimaliseren, een probleemanalyse te maken en passende interventies in te zetten.	Veiligheidsproblemen en -risico's	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Strafbare feiten; Dreiging; Geweld; Overlast;</li> <li>- Maatschappelijke onrust; Maatschappelijke teloorgang; Verstoring openbare orde; Veiligheid persoon in het geding; Veiligheid omgeving in het geding; Overig</li> </ul>
		Situatie op leefgebieden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychisch functioneren ('welbevinden', psychiatrisch ziektebeeld, verslavingsgedrag?)</li> <li>- Fysieke gesteldheid van de cliënt en de zelfzorg; Zingeving (Wat motiveert de cliënt om te leven? (bijvoorbeeld in levens- of geloofsovertuiging);</li> <li>- Huisvesting; Financiën.</li> <li>- Praktisch functioneren (huishoudelijke en technische vaardigheden, taalvaardigheid?)</li> <li>- Sociaal functioneren (relatie cliënt en zijn omgeving, maatschappelijk gedrag?)</li> <li>- Dagbesteding</li> </ul>
Checklist Veiligheid Cliënt en Professional Sociale Wijkteams (Wisse, 2016)	In een vroeg stadium oog te houden op de veiligheid van cliënt en professional.	Financiën	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beheer bij derden</li> <li>- Groeiende schulden</li> <li>- Ongepast gedrag</li> <li>- Als cliënt aangeeft de eigen bijdrage niet te kunnen betalen</li> </ul>
		Dagbesteding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Overlast</li> <li>- Verveling (zingeving)</li> </ul>
		Huisvesting	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valgevaar</li> <li>- Staat/onderhoud huis (vocht, elektriciteit, brandmelders, vluchtroutes)</li> <li>- Aanwezigheid beschermingsvrijheid (bv traphekjes)</li> <li>- Dreigende uithuiszetting</li> <li>- Ongeschikte huisvesting</li> </ul>
		Huiselijke relaties	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mishandeling</li> <li>- Huiselijk geweld</li> </ul>

Naam instrument en beschrijving	Doel en doelgroep	Domein	Items
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verwaarlozing</li> <li>- Eenzaamheid</li> </ul>
		Geestelijke gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dementie (vroegtijdige signalen van vergeetachtigheid)</li> <li>- Suïcide-dreiging</li> <li>- Gevaar voor zichzelf of anderen</li> <li>- Onvoorspelbaar gedrag</li> </ul>
		Lichamelijke gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobiliteit bij gevaarlijke situaties</li> <li>- Valgevaar door beperkingen</li> <li>- Zichtbare belemmeringen</li> <li>- Medicatiegebruik</li> </ul>
		Verslaving	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zorgelijke afhankelijkheid van middelen</li> <li>- Niet in staat zijn tot deelname aan maatschappij</li> <li>- Gebruik tijdens contact</li> <li>- Preoccupatie met gebruiken</li> </ul>
		Activiteiten dagelijks leven	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zelfzorg</li> <li>- Is iemand in staat staand te douchen/veilig uit bed te stappen</li> </ul>
		Sociaal netwerk	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foute vrienden</li> <li>- Sociaal isolement</li> </ul>
		Maatschappelijke participatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen risico's geïnventariseerd</li> </ul>
		Justitie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wapenbezit</li> <li>- Dreigementen</li> <li>- Veel contact met politie</li> </ul>
		Overig	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Integriteit hulpverlening</li> <li>- Privacy</li> <li>- Doorlooptijden</li> <li>- Naleving afspraken</li> <li>- Stagnatie in de samenwerking</li> <li>- Niet halen van termijn</li> <li>- Klachten vanuit de cliënt</li> <li>- Juiste analyse</li> </ul>

Naam instrument en beschrijving	Doel en doelgroep	Domein	Items
Screeningsinstrument Verslaving en Psychiatrie voor de maatschappelijke opvang (Van Rooij, Mulder, Wits, Van der Poel, & Van de Mheen, 2007)	Screening van psychiatrische en verslavingsproblematiek bij daklozen.	Depressieve klachten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doe je tegenwoordig langer over de dingen waar je mee bezig bent?</li> <li>- Heb je de laatste tijd minder plezier in je gewone dagelijkse bezigheden?</li> <li>- Heb je de laatste tijd wel eens het gevoel gehad dat het leven zinloos is?</li> <li>- Heb je de laatste tijd wel eens de gedachte gehad dat je liever dood wilt en weg van alles?</li> </ul>
		Psychotische klachten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heb je de laatste tijd wel eens het idee gehad dat je gedachten beïnvloed werden of bestuurd werden door iets of iemand anders, zonder dat je er zelf controle over hebt?</li> <li>- Heb je de laatste tijd wel eens gedacht dat anderen plannen aan het maken waren om je iets ergs aan te doen?</li> <li>- Heb je de laatste tijd wel eens stemmen gehoord die woorden of zinnen zeiden, terwijl er niemand bij je was die tegen je praatte?</li> </ul>
		Overmatig alcoholgebruik	<p>In de afgelopen 12 maanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Drink je wel eens 6 of meer glazen alcohol op één dag? (vrouwen: 4 glazen)</li> </ul>
		(Bijna) dagelijks heroïne/methadon	<p>In de afgelopen 12 maanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (bijna) dagelijks gebruik heroïne of methadon</li> </ul>
		(Bijna) dagelijks cocaïne	<p>In de afgelopen 12 maanden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (bijna) dagelijks gebruik cocaïne</li> </ul>
Signalenkaart (Veiligheidshuis Fryslân, 2016b)	Herkennen van signalen van verwardheid en andere problemen	Sociaal isolement en teruggetrokkenheid	Onbereikbaar (gesloten gordijnen, niet open doen); Nauwelijks contact met anderen; Niet op afspraken komen
		Psychische en/of verslavingsproblemen	Vreemd gedrag, verwardheid; Extreem schuw, angstig gedrag; Naar alcohol ruiken, trillende handen; Onaangepast gedrag; Lusteloosheid, initiatiefloosheid; Agressief, dwingend gedrag
		Onvoldoende (persoonlijke) verzorging	Vervuild en onverzorgd uiterlijk; Onbehandelde ziekte of letsel; Verwaarloosde kinderen; Opvallend vermagerd

Naam instrument en beschrijving	Doel en doelgroep	Domein	Items
		Sociaal maatschappelijke problemen	Betalingsachterstanden, schulden; Dreigende huisuitzetting; Dreigende energie-afsluiting; Volle brievenbus, ongeopende post; Verstrikt in kluwen van problemen; Mishandeling; Veel ruzies en conflicten; Kinderen de dupe van problemen van ouders; Dakloosheid
		Vervuiling woonomgeving	Stank en/of ongedierte; Veel vuil of troep in de tuin; Veel huisdieren, oud papier en/of etensresten in de woning

### 3.6 Conclusie

Het doel van dit hoofdstuk was om behandelaren in de reguliere GGZ kennis te laten maken met enkele instrumenten die behulpzaam zijn bij het taxeren van veiligheidsrisico's en zorgbehoeften bij cliënten met antisociaal of verward gedrag, al dan niet gepaard gaande met agressie en geweld. In de forensische GGZ waar men bekend is met het behandelen van agressieve cliënten en cliënten met andere grensoverschrijdende gedragingen, worden hierbij veelal gestructureerde klinische risicotaxatie-instrumenten gebruikt. Aangegeven werd dat forensische kennis en risicotaxatie-trainingen nodig zijn om op een betrouwbare wijze deze instrumenten te kunnen gebruiken. Deze kennis betreft vooral het denken en (be)handelen in termen van veiligheid en risicoreductie. Het Risk-Need-Responsivity model biedt hierbij een theoretische en klinische omkadering voor een effectieve hulpverlening aan (agressieve) antisociale cliënten met (dreigend) grensoverschrijdend gedrag.

Er bestaan ook instrumenten waar minder specialistische kennis voor nodig is om ze te kunnen gebruiken. Dit betreffen vooral triage-instrumenten of instrumenten die gebruikt kunnen worden als eerste screening op of signalering van (acute) veiligheidsrisico's en zorgbehoeften van (agressieve) cliënten met antisociaal en/of verward gedrag. Het advies aan behandelaren in de reguliere GGZ is om bij antisociale cliënten met (dreigend) grensoverschrijdend gedrag een eerste screening te doen van de reikwijdte van dit gedrag in termen van veiligheidsrisico's voor de omgeving. De Checklist Veiligheid Cliënt en Professional Sociale Wijkteams van Wisse (2016) zou hier een geschikt instrument voor kunnen zijn. Hierbij gaat het niet enkel om acute veiligheidsrisico's maar een inventarisatie van structurele bedreigingen van de veiligheid van anderen is minstens zo belangrijk. Behandelaren die zich willen specialiseren in het gebruik van risicotaxatie worden aangeraden om dit te doen vanuit een structurele inbedding (o.a., door scholing, intervisie, supervisie, multidisciplinaire overleggen) vanuit de organisatie.

Naar voren is gekomen in het hoofdstuk dat het incidenteel werken met cliënten met ASPS, psychopathische trekken die (dreigend) grensoverschrijdend gedrag vertonen, een blijvende negatieve houding ten aanzien van deze cliënten in stand houdt. Deze negatieve houding wordt vooral gevoed door onervarenheid, onbekendheid met de doelgroep en het zich onvoldoende geëquipeerd voelen. Bijscholing in het herkennen van de kenmerken van ASPS en psychopathische trekken is essentieel en kan misinterpretaties voorkomen. Met deze kennis is het mogelijk om beheersbare boosheid van cliënten die binnen de reguliere GGZ behandeld kunnen worden, te onderscheiden van moeilijk voorspelbare agressie van hoog risico cliënten die behandeld zouden moeten worden binnen de specialistische forensische GGZ.

### 3.7 Literatuur

- Aanjaagteam Verwarde Personen. (2016). *Doorpakken! Eindrapportage aanjaagteam Verwarde Personen*. Den Haag. Retrieved from [https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160930-eindrapportage-aaanjaagteam-verwarde-personen-sep2016\\_0.pdf](https://vng.nl/files/vng/publicaties/2016/20160930-eindrapportage-aaanjaagteam-verwarde-personen-sep2016_0.pdf)
- Abulalia, J, Bukshizki, M, & Cohen, D. (2015). Risk assessments of female sex offenders: Actuarial Tools Versus Clinical Criteria. *European Psychiatry, 30* (1). DOI: 10.1016/S0924-9338(15)31364-X
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology, 28*(3), 369-404.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 50*(1), 88-100.
- Beek, D., van, de Doncker, D., & de Ruiter, C. (2001). *Static-99*. Nederlandse geautoriseerde vertaling. Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting.
- Berg, J.W., van den, Smid, W.J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. Nederlandse geautoriseerde vertaling Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Boerebach, N. (2015). *Corporatiemonitor verwarde personen*. Den Haag.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and treatment (User report no. 2007–06). Ottawa, Canada: Public Safety Canada. Retrieved from [https://cpoc.memberclicks.net/assets/Realignment/risk\\_need\\_2007-06\\_e.pdf](https://cpoc.memberclicks.net/assets/Realignment/risk_need_2007-06_e.pdf)
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.
- Bonta, J., Wallace-Capretta, S., & Rooney, J. (2000). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and Behavior, 27*(3), 312-329. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854800027003003>
- Bouman, Y.H.A. & Wismeyer, C.E. (2011). Level of Service / Case Management Inventory (LS/CMI). Geautoriseerde vertaling Nijmegen: Kairos.
- Bowers, L., McFarlane, L., Kiyimba F., & Clark, N. (2000). *Factors Underlying and Maintaining Nurses' Attitudes to Patients with Severe Personality Disorder*. Final Report to National Forensic Mental Health R&D. London: Home Office; 2000.
- Bullens, R.A.R., van Horn, J.E., van Eck A., & Das, J. (2014). J-SOAP D versie III. De Nederlandse vertaling en bewerking van de J-SOAP II (Juvenile Sex Offender Protocol II). Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Djadoenath, A. & Decoene, S. (2015). De antisociale-persoonlijkheidsstoornis en psychopathie in de reguliere ambulante geestelijke gezondheidszorg. In W. Canton, D. van Beek, L. Claes, L. Gijs, I. Jeandarme, & E.Klein Haneveld (Eds.), *Handboek psychopathie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (pp. 199-220). Utrecht: De Tijdstroom.
- Edens, F. (2006). Unresolved controversies concerning psychopathy: Implications for clinical and forensic decision making. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*, 59-65. doi:10.1037/0735-7028.37.1.59
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). *Veiligheidsmonitor 2014*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Coid, J., Yang, M., Ullrich, S., Roberts, A., & Hare, R.D. (2009). Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *International Journal of Law and Psychiatry, 32*, 65-73.
- De Graaf, R. , Ten Have, M. , & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de*

- Nederlandse bevolking: NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2 [Prevalence of mental disorders, and trends from 1996 to 2009. Results from NEMESIS-2]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 54(1), 27–38.
- De Vries, S., Spruit, A., & Stams, G. J. J. M. (2016). *Een verkennend literatuuronderzoek naar de omvang en aard van de problematiek bij verwarde personen.* Amsterdam.
- Egan, S.J., Haley, S. Rees, C.S. (2014) Attitudes of clinical psychologists towards clients with personality disorders. *Australian Journal of Psychology*, 66(3), 175-180.
- Drieschner, K., Hesper, B.L. (2008). Dynamic Risk Outcome Scales. Zwolle: Trajectum. <http://www.trajectum.info/wp-content/uploads/2014/11/Trajectum-DRoS-Instrument-11112014.pdf>
- Gemeente Utrecht. (2016). *Regionale aanpak Midden-West Utrecht personen met verward gedrag.* Utrecht.
- GGD/GHOR Nederland. (2015). Factsheet Inventarisatie meldpunten OGGz. Utrecht.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6-35.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C (2001). SARA (versie 2) Beoordelen van het risico van huiselijk geweld. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & Ligthart, L. (2011). Nederlandse vertaling EARL-20B versie 2. Utrecht: C. de Ruiter.
- Horn, J.E. van, Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Hanenberg, F.J.A.C. van den, Put, C.E. van der & Bogaerts, S. (2016). Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE). Kwaliteit Forensische Zorg: Utrecht
- Horn, J.E. van, Wilpert, J., Eisenberg, M., & Mulder, J. (2008; 2009). Handleiding Waagschaal volwassenen. Utrecht: De Waag.
- Horn, J.E. van, Wilpert, J., Eisenberg, M., & Mulder, J. (2012). Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ – RAF GGZ jeugd. Handleiding. Versie 2012. De Waag: Utrecht.
- Horn, J.E., van, Wilpert, J., Eisenberg, M., Scholing, A., & Mulder, J. (2012). Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ – RAF GGZ volwassenen. Handleiding. Versie 2012. De Waag: Utrecht.
- Koch, M., van den Berg, J.W., & Smid, W.J. (2014). Acute-2007 Scorehandleiding. Geautoriseerde Nederlandstalige vertaling Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Koekkoek, B. (2016). Verwarde personen in Nederland: Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen. Houten: LannooCampus.
- Kuppens, J. & Beke, B. (2008). RiHG. Risicotaxatie-instrument Huiselijk Geweld, versie 2.1. Arnhem: Advies- en Onderzoeksgroep Beke.
- Lam, K., 't, Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandelmogelijkheden. Assen: GGZ Drenthe.
- Lammers, S. & Philipse, M. (2003) Nederlandse bewerking van de Level of Service Inventory-revised (LSI-r). Concept-vertaling.
- Makarios, M., Sperber, K.G., & Latessa, E.J. (2014). Treatment Dosage and the Risk Principle: A Refinement and Extension, *Journal of Offender Rehabilitation*, 53 (5), 334-350, DOI: 10.1080/10509674.2014.922157
- Martinson, Robert (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22–54

- McGlen, I., Wright, K., Haumueller, M., & Croll, D. (2008). The ABC of mental health. *Emergency Nurse*, 16(7), 25–27. <https://doi.org/10.7748/en.16.7.24.s17>
- Ministerie van Justitie (2011). Landelijke Instrumentarium Jeugd strafrechtketen (LIJ). Den Haag: Ministerie van Justitie.
- NOS. (2017). Aantal meldingen over verwarde personen weer fors gestegen. Retrieved September 7, 2017, from <https://nos.nl/artikel/2159265-aantal-meldingen-over-verwarde-personen-weer-fors-gestegen.html>
- Neumann, C.S., & Hare, R.D. (2008). Psychopathic traits in a large community sample: Links to violence, alcohol use, and intelligence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 893-899
- Newton-Howes, G., Weaver, T., & Tyrer, P. (2008). Attitudes of staff towards patients with personality disorder in community mental health teams. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(7), 572-577. doi:10.1080/00048670802119739
- Ogloff, J. R. P., & Davis, N. R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the riskneeds-responsivity approach. *Psychology Crime & Law*, 10, 229–242. doi: 10.1080/0683160410001662735.
- Plasterk, R. H. A. (2017). Antwoord op schriftelijke kamervragen van lid Beckerman (SP) over een toename van meldingen over verwarde huurders (d.d. 29 juni 2017).
- Programma Terugdringen Recidive RISC (2004). Een diagnostisch instrument voor reclassering en gevangeniswezen. [www.justitie.nl/.../Factsheet%20Terugdringen%20Recidive\\_tcm34-81011.pdf](http://www.justitie.nl/.../Factsheet%20Terugdringen%20Recidive_tcm34-81011.pdf)
- Put, C. E., van der & Assink, M. (2018). Misvattingen in de Nederlandse visie op risicotaxatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(8), 508-510.
- Ruiter, C. de (2009). B-SAFER: Gestructureerde beoordeling van het risico van relationeel geweld. Maastricht University: C. de Ruiter. Zie: [www.corinederuiter.eu](http://www.corinederuiter.eu).
- Ruiter, C. de & Hillege, S. (2012) Nederlandse vertaling EARL-21G. Consultatie versie. Utrecht: C. de Ruiter.
- Ruiter, C. de & de Jong, E.M. (2006). CARE-NL. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. Utrecht: C. de Ruiter.
- Salekin, E. T., (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79-112. doi:10.1016/S0272-7358(01)00083-6
- Schippers, E., Horn, J.E., van, Kusters, I., & Klein-Haneveld, E. (2018). Veiligheidsrisico's en kenmerken van personen met verward gedrag: Rapportage van een deskresearch en veldonderzoek. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/geestelijke-gezondheid-ggz/programmas/project-detail/actieprogramma-lokale-initiatieven-mensen-met-verward-gedrag/een-webbased-applicatie-voor-het-beoordelen-en-taxeren-van-acute-veiligheidsrisicos-en-zorgbeho/>
- Schuringa, E., Spren, M., & Bogaerts, S. (2014). InterRater and Test-Retest Reliability, Internal Consistency, and Factorial Structure of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14 (2,) 127-144, DOI:10.1080/15228932.2014.897536
- Serin, R. C., Lloyd, C. D., Helmus, L., Derkzen, D. M., & Luong, D. (2013). Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail in assessing offender change. *Aggression & Violent Behavior*, 18, 32-53. doi: 10.1016/j.avb.2012.09.002.
- Smid, W.J., Koch, M., & van den Berg, J.W. (2014). Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014) geautoriseerde Nederlandstalige vertaling. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Van Everdingen, C. (2015). Verwarde mensen op straat. De uitkomsten van een



- beeldvormend onderzoek onder *dak- en thuislozen in de laagdrempelige opvang in twee grote steden*. Sittard.
- Van Rooij, A. J., Mulder, N., Wits, E., Van der Poel, A., & Van de Mheen, D. (2007). *Screeningsinstrument verslaving en psychiatrie voor de maatschappelijke opvang [Screeener addiction and psychiatry in social care]*. Rotterdam: IVO.  
<http://doi.org/10.13140/RG.2.1.2237.6809>
- Veiligheidshuis Fryslân. (2016a). Checklist persoonsgerichte aanpak op maat. Leidraad en werkdocument bij een casus
- Veiligheidshuis Fryslân. (2016b). Signalenkaart. (verkregen 26-04-2017)
- Vogel, V. de, de Ruiters, C., Bouman, Y., & de Vries Robbe, M. (2007). Handleiding bij de SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Versie 1. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- Volkert, J., Gablonski, T.C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 1-7, doi:10.1192/bjp.2018.202
- Vries Robbé, M. de, Geers, M., Stapel, M., Hilterman, E., & de Vogel, V. (2014). Structured assessment of protective factors for violence risk – Youth Version. SAPROF Youth Version. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag bij jeugd. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257
- Wisse, E. (2016). *Onderzoek naar de aanpak van verwarde personen in Zwolle*. Zwolle.
- Zijlmans, J. (2017). *De Relatie tussen Houding en Emoties van Behandelaren en de Intentie tot het Behandelen van Cliënten met een Antisociale Persoonlijkheidsstoornis*. Ongepubliceerde masterscriptie. Tilburg University: Tilburg.