

# Het ontwikkelen van criteria voor de evaluatie van een forensische deeltijd- en polikliniek

door F. Derks en J. Mulder

## Samenvatting

Met behulp van een 'concept mapping'-procedure werden criteria ontwikkeld voor de beoordeling van de levensvatbaarheid van een forensisch-psychiatrische deeltijd- en polikliniek. Het bleek mogelijk twaalf thema's voor de evaluatie vast te stellen. Deze thematische indeling maakt het op ieder moment mogelijk de stand van zaken gestructureerd weer te geven. Verslag wordt gedaan van de startfase van de voorzieningen.

## Inleiding

De Dr. Henri van der Hoeven Kliniek is een particulier forensisch-psychiatrisch instituut voor de behandeling van psychisch gestoorde delinquenten. In meerderheid betreft het patiënten die in het kader van de strafrechtpleging 'ter beschikking zijn gesteld' (TBS). De capaciteit van de kliniek is 77 bedden; de gemiddelde behandelduur is  $\pm$  vier jaar intramuraal plus één jaar extramuraal (proefverlof).

Vanuit het werken met deze patiënten is de gedachte gegroeid dat dagbehandeling preventief zou kunnen werken. Wanneer potentieel ernstige delinquenten in een eerder stadium een hulpaanbod krijgen, kan wellicht voortgaand crimineel gedrag (en op den duur klinische behandeling of gevangenisstraf) worden voorkomen. Voorts kan dagbehandeling voorzien in nazorg voor mensen die na een gevangenisstraf en/of TBS weer in de maatschappij terugkeren. Dagbehandeling kan dus als alternatief fungeren voor een (dreigende) gevangenisstraf, als een aanvulling daarop of als vervolg op een klinische opname.

Deze vorm van hulpverlening is bedoeld voor mensen die ten minste enige bereidheid vertonen om aan behandeling mee te werken. Een ambulante behandeling is bij hen onvoldoende, maar een klinische opname nog niet (of niet meer) noodzakelijk. Doel van de behandeling is het bereiken van een zodanige verbetering van het persoonlijk functioneren dat de cliënt in staat is met zijn probleemgedrag om te gaan op een ma-

nier die niet tot wetsovertredingen leidt. Dat wil zeggen dat hij alternatieven voor dit gedrag ontwikkelt, een sociaal netwerk opbouwt dat hem in dit streven steunt, en mogelijkheden heeft om zo nodig hulp te vragen. De geplande behandelduur is zes maanden.

In 1991 verleende het ministerie van WVC de kliniek een tijdelijke erkenning voor een kleine forensische deeltijdkliniek (tien 'stoelen') annex polikliniek. Een dergelijke voorziening bestond nog niet in Nederland. Aan de erkenning werd onder andere de voorwaarde van een evaluatieonderzoek verbonden. Voor dit onderzoek stelde de directie van de kliniek een begeleidingscommissie van externe deskundigen en belanghebbenden in<sup>1</sup>, die zich in eerste instantie heeft gericht op een beoordeling van de levensvatbaarheid van de voorzieningen.

### **Concept mapping: het concretiseren van algemene onderzoeksvragen**

Om duidelijkheid te verkrijgen over wat onder 'levensvatbaarheid' kan worden verstaan, werd besloten een 'concept mapping'-procedure uit te voeren.<sup>2</sup>

'Concept mapping' is gericht op het expliciteren van impliciete (behandel)doelstellingen, en daarmee op het vastleggen van criteria voor het al dan niet bereiken van deze doelstellingen. Trochim<sup>3</sup> geeft de volgende definitie: een 'concept map is a pictorial representation of the group's thinking which displays all of the ideas of the group relative to the topic at hand, shows how these ideas are related to each other and, optionally, shows which ideas are more relevant, important, or appropriate'.

Op grond van deze definitie zou het resultaat van de procedure in ons geval een visuele weergave zijn van de impliciete criteria die de leden van de begeleidingscommissie hanteren bij het beoordelen van de levensvatbaarheid van de deeltijd- en polikliniek. Met andere woorden, we krijgen helder voor ogen wat we bedoelen met 'levensvatbaarheid'. Waar meet je dat aan af; waar let je op; welke criteria zijn van belang? Hoe worden we het over al deze zaken eens op een zodanige manier dat we voldoende met ieders opvattingen rekening houden?

De concept mapping leidde tot overeenstemming over twaalf thema's waarop de evaluatie zich bij voorkeur moet richten.

1. *Persoonlijke ontwikkeling* – In dit thema komt tot uitdrukking dat de behandeling tot resultaat moet hebben dat het functioneren van de cliënt in algemene zin verbetert.

2. *Verkleinen recidivekans* – Dit thema is verwant aan het voorgaande, want verwijst eveneens naar behandelresultaten, maar is concreter en gericht. Resultaat wordt hier expliciet opgevat in termen van 'geen recidive'.

3. *Veiligheid* – Dit thema verwijst naar de 'interne veiligheid', zowel

binnen de nieuwe voorzieningen als in relatie tot de overige afdelingen van de Dr. H. van der Hoeven Kliniek (contacten met intramurale patiënten).

4. *Afwezigheid van praktische belemmeringen* – Onder dit thema is een aantal uitspraken verzameld over mogelijke praktische belemmeringen die het voor potentiële cliënten moeilijk maken aan de behandeling deel te nemen. Bij voorbeeld: een lange wachtlijst, te grote woon/behandelafstanden, onverenigbaarheid van behandeling en werk, gevaar voor stigmatisering, enzovoort.

5. *Behandelprogramma's* – Bij de inhoudelijke beoordeling van de behandelprogramma's gaat het vooral om de diversiteit en om de vraag of het aanbod voldoende kan worden toegesneden op de specifieke problemen van elke cliënt afzonderlijk.

6. *Intake en indicatiestelling* – Dit thema verwijst naar een goede en snelle instroom. Nadruk ligt vooral op 'snelheid'. De procedures mogen niet te lang duren; de opname- en ontslagcriteria moeten duidelijk zijn.

7. *Variatie in het cliëntenbestand* – Onder dit thema zijn uitspraken verzameld waarin tot uitdrukking komt dat er voldoende variatie behoort te zijn binnen het cliëntenbestand: zowel allochtonen als autochtonen, zowel werkenden als niet-werkenden, zowel mannen als vrouwen, zowel mét als zónder TBS-titel, enzovoort.

8. *Bezetting* – Onder dit thema vallen vooral uitspraken over financiële aspecten. De financiering moet voor langere tijd geregeld zijn, en dat kan alleen als de bezettingsgraad voldoende hoog is.

9. *Bekendheid* – Dit thema verwijst naar de naambekendheid die de voorzieningen moeten opbouwen. Potentiële verwijzers moeten weten dat de deeltijd- en polikliniek bestaan en dat het zin heeft daar cliënten aan te bieden.

10. *GGZ-voorziening* – In dit thema komt tot uitdrukking dat de deeltijd- en polikliniek geen justitiële maar GGZ-voorzieningen moeten zijn. Dit komt onder andere tot uitdrukking in goede banden op organisatieniveau met andere GGZ-voorzieningen (regionaal én landelijk; ambulante én intramuraal).

11. *Afstemming met andere voorzieningen* – Onder dit thema komt de noodzaak van samenwerking met andere GGZ-voorzieningen tot uitdrukking. Dit thema is inhoudelijk verwant aan het voorgaande, maar is niet zozeer gericht op het organisatieniveau maar op het niveau van de individuele cliënt – wélke cliënt, met wélke problematiek kan bij wélke instelling het beste geholpen worden?

12. *Tevredenheid van de verwijzers* – Dit thema verwijst naar de relatie met de verwijzers, in het bijzonder de reclassering. Wanneer zij niet tevreden zijn over de behandelresultaten of over de manier waarop zij daarover geïnformeerd worden, zullen zij niet gemotiveerd blijven cliënten aan te bieden.

### De relevantie van elk thema

De concept mapping levert als resultaat tevens een weergave van het relatieve belang van elk thema. Deze toont een duidelijke tweedeling; de thema's 1, 2, 5, 6 en 12 zijn zeer belangrijk, de thema's 3, 4, 7, 8, 9, 10 en 11 zijn relatief gezien minder belangrijk. Dit betekent dat bij de beoordeling van de deeltijd- en polikliniek vooral gelet moet worden op:

- de behandelresultaten in GGZ- en justitiële termen (1, 2),
- de differentiatie in behandelprogramma's (5),
- de snelheid van intake en indicatiestelling (6), en
- de tevredenheid van de (justitiële) verwijzers (12).

### Het functioneren van de deeltijd- en polikliniek in het eerste jaar

*Thema's 1 en 2: Behandelingsresultaten* – Voor resultatenonderzoek is een bestaansperiode van één jaar te kort. Wel is een registratiesysteem ontwikkeld (voormeting, nameting, follow-up). Gezien de problematiek van de cliënten en hun delicten, richt het onderzoek zich vooral op algemene persoonlijkheidskenmerken en op enkele specifieke thema's: seksuele problematiek, problemen in de omgang met anderen (agressie, sociale vaardigheden, hostiliteit, empathie), angstgevoelens, en de mate waarin de cliënt verantwoordelijkheid wil dragen voor het eigen gedrag ('locus of control').

Aan het slot van de behandeling vindt een cliëntsatisfactiemeting plaats; in de follow-up-periode moet uit contacten met justitiële instellingen en uit dossieronderzoek blijken of recidive is opgetreden.

*Thema 3: Veiligheid* – Veiligheidsgaranties moeten niet primair gebaseerd zijn op materiële of personele voorzieningen, maar op afspraken en samenwerking tussen behandelaars en cliënten. De interne veiligheid wordt in de eerste plaats bepaald door de verantwoordelijkheid die de cliënten bereid zijn op zich te nemen. Dit kan afgelezen worden aan de afspraken die gemaakt kunnen worden over de behandelvoorwaarden. Daarnaast is een aantal materiële en procedurele voorzieningen getroffen om contacten tussen deeltijdcliënten en intramurale patiënten te voorkomen.

*Thema 4: Afwezigheid van praktische belemmeringen* – Praktische belemmeringen kunnen van velerlei aard zijn. Aangezien de kliniek geopend is tussen 9.15 uur en 15.45 uur, staat de behandeling op dit moment nog slechts open voor mensen die niet werken. Indien noodzakelijk worden afspraken gemaakt met werkgevers, het GAK en/of het arbeidsbureau om verlies van baan en inkomen te vermijden.

Grote woon/behandelafstanden blijken, bij voldoende motivatie van de cliënt, geen onoverkomelijke problemen op te leveren. Van een

eventuele stigmatiserende werking van de naam 'Van der Hoeven Kliniek' is tot op heden niets gebleken.

*Thema 5: Behandelprogramma's* – Uitgangspunt voor de behandeling is een groepsgerichte aanpak, maar de mogelijkheid van een individueel gesprek staat voortdurend open. Inhoudelijk rust de behandeling op drie pijlers: structuurverhogende en stressverlagende maatregelen in het dagelijks leven, het vergroten van sociale vaardigheden, en het voorkomen van specifiek delictgedrag (terugvalpreventie). Dagelijks wordt aandacht besteed aan training sociale vaardigheden, maatschappij-oriëntatie, terugvalpreventie of sport- en speltherapie. Het programma heeft ruimte voor variabele onderdelen, zoals bij voorbeeld een cursus seksuele voorlichting of cursussen op het gebied van agressieregulatie. Voor (pedo-)seksuele delinquenten is er een wekelijkse groepsbijeenkomst, gericht op de omgang met specifiek bij deze problematiek passende gevoelens en gedragingen.

In vergelijking met klinische behandeling kan in de deeltijdkliniek slagvaardiger en sneller worden gereageerd op eventuele inzinkingen, bij voorbeeld wat betreft motivatie. De relatief korte behandelduur maakt slagvaardigheid noodzakelijk, maar creëert ook een sfeer van urgentie en schept daarmee een klimaat waarin snel reageren mogelijk is en aanvaard wordt. Voor crisisopvang zijn afspraken gemaakt met de Willem Arntsz Hoeve.

*Thema 6: Intake en indicatiestelling* – Aanmeldingen vinden plaats via de reclassering, districtspsychiaters, RIAGG's en TBS-klinieken. De intake gebeurt via de polikliniek. Wanneer besloten wordt tot opname, ontvangt de cliënt en de verwijzer hiervan meteen bericht, maar de daadwerkelijke opname kan in de praktijk vervolgens nog geruime tijd op zich laten wachten omdat die berust op een gerechtelijk vonnis en pas gerealiseerd kan worden nadat de gerechtelijke procedure geheel is doorlopen. Bovendien is in een aantal gevallen behandeling pas mogelijk na expiratie van een tegelijkertijd opgelegde gevangenisstraf.

Wat betreft indicatiestelling zijn contacten gelegd met het 'daderproject' van de RIAGG Stad Utrecht. Tussen beide initiatieven bestaan duidelijke verschillen qua opzet en doelgroepen. Deze contacten openen tevens de mogelijkheid de behandeling op gevarieerde wijze te beëindigen. Nazorg vindt plaats via de polikliniek of door verwijzing naar een ambulante behandelsetting elders.

*Thema 7: Variatie in het cliëntenbestand* – Tot op dit moment zijn alle cliënten Nederlandse mannen, in meerderheid plusminus vijftientig jaar oud. Zij werden veroordeeld wegens incest, aanranding, pedoseksuele delicten, inbraken, poging tot doodslag, gewapende roofoverval en ontvoering met geweldpleging. Vanuit de intramurale TBS-sector is tot nu toe één cliënt opgenomen, die in het kader van een proefverlof aan de dagbehandeling deelneemt. Bovendien is één cliënt opgenomen in het kader van een TBS met aanwijzingen. Binnenkort worden ook

cliënten verwacht die door middel van de gevangenismaatregel artikel 47 voor dagbehandeling zijn aangemeld.

*Thema 8: Bezetting* – De bezettingsgraad zal in 1992 naar schatting ongeveer 50% bedragen. De eerste cliënt werd medio februari opgenomen; vanaf september zijn alle plaatsen bezet. Vrijkomende behandelplaatsen kunnen onmiddellijk vanuit de wachtlijst herbezet worden.

Op de wachtlijst staan dertien personen (peildatum 1-11-1992): zes die al veroordeeld zijn en direct met de behandeling zouden kunnen beginnen, vier die eerst nog een gevangenisstraf moeten uitzitten, en drie die nog in afwachting zijn van hun vonnis. Om al te lange wachttijden te overbruggen is begonnen met een 'voorbereidingsgroep' voor wachtlijstcliënten. De aandacht is hierbij vooral gericht op het voorkómen van recidive in deze periode.

*Thema 9: Bekendheid* – Het opbouwen van naambekendheid vindt plaats via voorlichting (lezingen, publikaties), folders en werkcontacten. Van belang is de voorlichting aan potentiële verwijzers te continueren.

*Thema's 10 en 11: GGZ-voorziening; afstemming met andere voorzieningen* – Aansluiting is gezocht bij de RIGG Midden Westelijk Utrecht. Er zijn contacten met het 'daderproject' en met de Willem Arntsz Hoeve. In de begeleidingscommissie hebben vertegenwoordigers van enkele regionale instellingen voor ambulante en intramurale gezondheidszorg zitting. De Dr. Henri van der Hoeven Kliniek – en daarmee ook de deeltijdkliniek – participeert in een onlangs opgericht regionaal forensisch-psychiatrisch circuit.

*Thema 12: Tevredenheid van de verwijzers* – Vertegenwoordigers van het justitiële veld maken deel uit van de begeleidingscommissie (politie, Openbaar Ministerie en reclassering). Met de reclassering zijn werkcontacten ontwikkeld. Er is een procedure ontwikkeld voor tussentijdse rapportages aan de verwijzers. De eerste twee opnameweke worden beschouwd als kennismakingsperiode, die resulteert in het opstellen van een behandelplan. Na drie maanden wordt verslag gedaan van de start van de behandeling en na zes maanden van het verdere verloop. Op dat moment wordt een advies uitgebracht over beëindiging of voortzetting, al dan niet in andere vorm. Bij vroegtijdig afbreken van de behandeling wordt direct gerapporteerd.

## Noten

1. De begeleidingscommissie bestaat uit de volgende personen.
  - een RIAGG-directeur: L.M.B. Maas;
  - een directeur Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis: A.P.J. Höppener;
  - een adviserend geneeskundige van een ziekenfonds: M.H. Hemrika;
  - een hoofdmedewerker van een reclasseringsinstelling, tevens psychiatrisch adviseur ministerie van Justitie: C. van der Hoof;
  - een Officier van Justitie: B.W.J. Steensma;
  - een chef van de Gemeentepolitie Utrecht: R.G.C.Bik.

Het moge duidelijk zijn dat in de commissie deskundigen zitting hebben zowel uit de justitiële hoek als vanuit de hulpverlening.

2. De concept mapping vond plaats in samenwerking met het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv). De procedure stond onder leiding van M. Donker; de gegevens werden geanalyseerd door M. Depla.

3. Trochim, W. (1989), An introduction to concept mapping for planning and evaluation. *Evaluation and Program Planning* 12, 1-16.

### **Summary: Development of criteria for the evaluation of a forensic outpatient clinic**

A 'concept mapping' procedure was applied to specify criteria for the evaluation of a recently started forensic outpatient clinic. Twelve criteria could be differentiated.

---

De auteurs zijn respectievelijk als psycholoog-onderzoeker en als hoofd deeltijd- en polikliniek verbonden aan de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Postbus 174, 3500 AD Utrecht.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 22-12-1992.



## **Bernard Lievegoed Kliniek**

De Bernard Lievegoed Kliniek behoort tot de Stichting Klinische Anthroposofische Psychiatrie

# **AAN DE ORDE? OF BUITEN DE ORDE?**

Ter gelegenheid van de opening van de Bernard Lievegoed Kliniek organiseren op 7 mei 1993 de medewerkers een symposium, waarin van 'binnen' en van 'buiten' de uitgangspunten van het antroposofisch mensbeeld centraal staan en hun betekenis voor het psychiatrisch handelen onderzocht wordt.

Tevens is er gelegenheid de fraai verbouwde ruimten te bezichtigen.

Voorzitter: Prof. dr. M. Kuilman.

Inlichtingen: op werkdagen van 9.00 tot 12.00 uur. Tel. 030-289825: secretariaat Bernard Lievegoed Kliniek.