

# Gedeelde besluitvorming in het gedwongen kader: vier casestudies uit de tbs

F.D.A. den Besten, S. Castelein, E. Schuringa, S. de Jong

- Achtergrond** Gedeelde besluitvorming (shared decision making; SDM) kan leiden tot betere behandeluitkomsten. Er is nog weinig bekend over SDM in de forensische psychiatrie; een context waarin naast psychiatrische problematiek, ook sprake is van vrijheidsbeperking en dwangverpleging.
- Doel** Het verkennen van de huidige mate van SDM in een forensisch psychiatrische setting en factoren in kaart brengen die de SDM beïnvloeden.
- Methode** Semigestructureerde interviews (4 triaden, met behandelcoördinator, sociotherapeutisch mentor patiënt) aangevuld met scores op vragenlijsten (SDM-Q-Doc en SDM-Q-9).
- Resultaten** De SDM-Q liet een relatief hoge mate van SDM zien. Thema's als cognitieve en executieve functies van de patiënt, subculturele verschillen, ziekte-inzicht en wederkerige samenwerking bleken de SDM te beïnvloeden. Daarnaast bleek SDM in de forensische psychiatrie meer een middel om de communicatie over de beslissingen van het behandelteam te verbeteren dan werkelijk 'gedeelde' besluitvorming.
- Conclusie** Deze eerste verkenning laat zien dat een vorm van SDM in de tbs wordt toegepast, maar op een andere wijze wordt geoperationaliseerd dan de theorie achter SDM voorschrijft.

Gedeelde besluitvorming (*shared decision making*; SDM) is een benadering waarbij behandelaar en cliënt als gelijkwaardige partners beslissingen nemen over diagnostiek, behandeling en begeleiding.<sup>1</sup> SDM kan leiden tot beter geïnformeerde en meer betrokken cliënten, grotere behandeltrouw en betere behandeluitkomsten.<sup>2-5</sup> Uit onderzoek blijkt dat onder andere het cognitief niveau van de patiënt,<sup>6</sup> cultuurverschillen,<sup>7</sup> (zelf)stigmatisering, vertrouwen, eerlijkheid, ziekte-inzicht<sup>8</sup> en de behandelrelatie<sup>9</sup> van invloed kunnen zijn op SDM. Binnen de ggz is de forensische psychiatrie een specialistische vorm, waarbij behandeling primair gericht is op het verminderen van recidiverisico's.<sup>10</sup> Het juridisch kader en de risico's die kunnen ontstaan uit behandelbeslissingen, maken de toepassing van SDM in de forensische psychiatrie complex. Waar SDM uitgaat van de cliënt als zelf-beschikkende en morele actor,<sup>11</sup> wordt de mate van zelfbeschikking van een forensisch psychiatrisch patiënt ingeperkt door diens strafrechtelijke titel. Daarnaast is deze strafrechtelijke titel gebaseerd op het principe van verminderde toerekeningsvatbaarheid: de patiënt beschikte, in ieder geval ten tijde van het delict, niet over het vermogen van een volledig morele actor. Dit, tezamen met de ongelijkwaardige machtsverhou-

ding, staat haaks op het SDM-principe van patiënt en behandelaar als gelijkwaardige partners. SDM in de forensische psychiatrie is tot op heden onderbelicht gebleven.<sup>12</sup> Studies over dit onderwerp richten zich op het betrekken van patiënten bij risicotaxatie en -management. Zo concluderen Van den Brink e.a. dat de toevoeging van een risico-inschatting door de patiënt zelf aan de professionele risico-inschatting de voorspellende waarde voor toekomstig gewelddadig gedrag vergroot.<sup>13</sup> Dit blijkt echter niet te leiden tot minder recidive.<sup>13</sup> Daarnaast blijkt een hoge mate van overeenstemming tussen behandelteam en patiënt samen te hangen met een lager beveiligingsniveau en meer behandelvoortgang.<sup>14</sup> Desondanks zijn er ook signalen dat behandelaren in de forensische psychiatrie veelal de beslissingen nemen zonder de patiënt daarbij te betrekken.<sup>15</sup> In het Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag worden elk kwartaal in een behandelplanbespreking behandeldoelen gesteld gezamenlijk met de patiënt. Deze werkwijze is gericht op het vergroten van de behandelmotivatie door overeenstemming te bereiken tussen patiënt en het behandelteam. Dit beleid én de beperkte literatuur over SDM in deze setting vormen de aanleiding voor deze studie. Deze studie had tot

## AUTEURS

**Femke den Besten**, psycholoog en criminoloog, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

**Stynke Castelein**, hoogleraar Herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen, en hoofd onderzoek Lentis, Lentis Research.

**Erwin Schuringa**, senior onderzoeker, FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen.

**Steven de Jong**, senior onderzoeker en psycholoog i.o. tot GZ-psycholoog, Lentis Research/PsyQ, Generalistische Poli, Groningen.

## Correspondentie

Femke den Besten (f.den.besten@fpcvanmesdag.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-10-2022.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(4):248-252

doel: 1. de mate van SDM verkennen in een forensische setting en 2. factoren in kaart brengen die SDM beïnvloeden.

## METHODE

### Onderzoeksofzet

Wij verrichtten 4 casestudies van verschillende behandeltriaden van behandelaar, sociotherapeutisch mentor en patiënt. De mate van SDM binnen de behandeltriade werd gemeten met een vragenlijst die ieder lid invulde. Dit werd gecombineerd met kwalitatieve data verkregen uit semigestructureerde interviews.

### Participantenwerving

De onderzoekspopulatie bestond uit behandeltriaden van het FPC Dr. S. van Mesdag, waarin drie rolgroepen te onderscheiden waren: behandelcoördinatoren (gz- of klinisch psycholoog of verpleegkundig specialist), sociotherapeutische mentoren en patiënten. De behandelcoördinator is eindverantwoordelijk voor het behandeltraject van een patiënt. De mentor is verantwoordelijk voor de dagelijkse begeleiding van de patiënt op de afdeling.

We namen een aselechte steekproef uit de behandelcoördinatoren van de doorstroomafdelingen en selecteerden vervolgens willekeurig één patiënt per behandelcoördinator. We includeerden enkel doorstroomafdelingen omdat hier het opstellen van behandeldoelen centraal staat en deze afdelingen zodoende het relevantst waren met het oog op SDM in de behandeling. We excludeerden in- en uitstroomafdelingen omdat de doelen die men daar stelt hoofdzakelijk gericht zijn op stabilisatie respectievelijk resocialisatie, hetgeen buiten de scope van deze studie viel. Alle geselecteerde participanten voldeden aan de inclusiecriteria: spreek-, schrijf- en leesvaardigheid in de Nederlandse taal. Zie online-supplement 1 voor de demografische gegevens van de participanten.

## Onderzoeksinstrumenten

### SDM-Q-Doc en SDM-Q-9

De SDM-Q's zijn vragenlijsten om de mate van SDM in kaart te brengen, bestaande uit 9 items gescoord op een 6-puntslikertschaal (0 = helemaal mee oneens; 5 = helemaal mee eens).<sup>16</sup> Deze werden voorafgaand aan het interview ingevuld door alle participanten. Voor onze studie vervingen we het woord 'arts' door 'behandelcoördinator' en 'behandelmogelijkheden' door 'behandeldoelen'. Omdat een mentor geen beslissingsbevoegdheid heeft, maar wel zicht op het besluitvormingsproces beoordeelde de mentorversie de mate van SDM tussen behandelcoördinator en patiënt (artsversie: 'Ik heb de patiënt geholpen alle informatie te begrijpen'; patiëntversie: 'Mijn behandelcoördinator heeft me geholpen alle informatie te begrijpen'; mentorversie: 'De behandelcoördinator heeft de patiënt geholpen alle informatie te begrijpen').

### Semigestructureerde interviews

De semigestructureerde interviews werden door de eerste auteur bij alle participanten individueel afgenomen. Onder andere de volgende thema's kwamen aan bod: de persoonlijke definitie van SDM, het belang van SDM, de individuele aanpak van SDM en faciliterende en belemmerende factoren. Hierbij werden open vragen gesteld als 'Wat versta jij onder SDM?' en 'Wat doet jouw behandelcoördinator om jou het gevoel te geven dat je meebeslist?'

### Procedure

De medisch-ethische toetsingscommissie van het UMC Groningen verklaarde dat deze studie niet viel onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO M21.270305). Alle participanten gaven schriftelijk toestemming voor deelname.

## Statistische analyse

We transformeerden de ruwe SDM-totaalscores naar een score tussen 0 en 100,<sup>17</sup> waardoor de totaalscores als percentages konden worden uitgedrukt (0% = geen SDM; 100% = optimale SDM). Vanwege het ontbreken van (relevante) normgroepen vatten we scores boven de 50% op als hoge mate van SDM, omdat die score dichterbij optimale SDM lag dan bij geen SDM. We gebruikten de *kruskal-wallistest* voor het vergelijken van de drie rolgroepen en de vier behandeltriaden. Voor het bepalen van de mate van overeenstemming binnen rolgroepen en binnen triaden gebruikten we de *Gower-Legendre-Index* (GL-index).<sup>18</sup> De GL-index ligt tussen 0,00 en 1,00, waarbij een waarde boven 0,70 in de praktijk wordt gezien als voldoende overeenstemming.<sup>19</sup>

## Kwalitatieve analyse

Voor de kwalitatieve analyse van de interviews maakte de eerste auteur in consensus met de laatste auteur gebruik van het veelgebruikte stappenplan van Braun en Clarke voor thematische analyse; de analyse van tekst op overkoepelende thema's.<sup>20</sup> Hierbij gebruikten we Atlas.ti.

# RESULTATEN

## Participanten

In **tabel 1** staan de resultaten van de vier onderzochte triaden.

## SDM-Q

Bijna alle participanten (10 van de 12) rapporteerden een relatief hoge mate van SDM. Van de drie rolgroepen was alleen bij patiënten de mate van overeenstemming laag (GL-index: 0,53). Er waren geen significante verschillen in SDM-totaalscore tussen de rolgroepen ( $H(2) = 0,884$ ;  $p = 0,643$ ), noch tussen de vier triaden ( $H(3) = 5,416$ ;  $p = 0,144$ ). Van de vier triaden was er alleen bij triade 1 sprake een lage mate van overeenstemming (GL-index: 0,67).

## Factoren van invloed op SDM

Uit de interviews kwamen de volgende vier thema's naar voren als van invloed op SDM: cognitieve en executieve functies van de patiënt, subculturele verschillen, ziekte-inzicht en wederkerige samenwerking.

## Integratie SDM-Q en thema's per triade

Aan de hand van deze thema's beschrijven we per triade de mate van SDM en de door participanten genoemde factoren van invloed op SDM.

### Triade 1

Triade 1 rapporteerde een lage SDM-totaalscore en onvoldoende overeenstemming. De patiënt en de mentor gaven de laagste scores op SDM (18% en 44%) van alle triaden.

De patiënt had een matige tot lichte verstandelijke beperking (LVB). De behandelcoördinator zag deze problematiek als minder beperkend voor SDM dan de mentor. De behandelcoördinator legde de nadruk op de mogelijkheden van de patiënt: *'Patiënt kan met externe structurering meedenken over behandeldoelen'*, waar de mentor de onmogelijkheden benadrukte: *'Patiënt is niet in staat diep na te denken over wat goed voor hem is.'* De patiënt voelde zich niet gehoord toen zijn verzoek om bij de hele behandelbespreking te zitten niet werd gehonoreerd en dit verminderde zijn bereidheid tot samenwerking: *'Zij luisteren niet naar mij, dan luister ik niet naar hen.'*

Daarnaast bestonden er subculturele verschillen tussen de patiënt en het behandelteam (mentor en behandelcoördinator). Waar de patiënt zijn beperkte agressieregulatievaardigheden toeschreef aan zijn (woonwagen-)kampinsteeek' en temperament, verklaarde het behandelteam deze vanuit de LVB-problematiek: *'Als hij te veel informatie krijgt, kan hij het niet verwerken en dat uit zich in boosheid en onbegrip.'*

### Triade 2

Triade 2 rapporteerde een hoge SDM-totaalscore en voldoende overeenstemming.

De patiënt had een gemiddelde intelligentie en de behandelcoördinator omschreef dat dit hielp bij SDM: *'Je kunt hem goed uitleggen van: dit is hoe de kaarten ervoor liggen, als je eruit wilt dan moet je wel.'* De behandelcoördinator noemde dat er geen overeenstemming was met de patiënt over de kernelementen van de behandeling: het delict en de diagnoses. Dit duidde zij als beperkt ziekte-inzicht. Desondanks stond dit het opstellen van gezamenlijke behandeldoelen niet in de weg. Alle leden spraken van een 'goede basissamenwerking'. Omdat de patiënt geneigd was tot wantrouwen, investeerde de

**Tabel 1. Overzicht SDM-totaalscores, medianen en GL-index**

Triade	Diagnose patiënt	BC	Mentor	Patiënt	Mediaan	GL-Index
1	APS + LVB	67%	44%	18%	44%	0,67
2	ASS	71%	87%	100%	87%	0,81
3	ASS	62%	87%	64%	64%	0,84
4	APS	64%	84%	100%	84%	0,76
Mediaan		66%	86%	82%	69%	
GL-index		0,95	0,78	0,53		

BC: behandelcoördinator; APS: antisociale persoonlijkheidsstoornis; LVB: lichte verstandelijke beperking; ASS: autismespectrumstoornis.

behandelcoördinator actief in de relatie; ze volgde het tempo van de patiënt en had aandacht voor zijn manier van denken. De patiënt was bereid zaken uit te proberen, ook wanneer hij er niet volledig achter stond: *'Ik heb het wel geprobeerd, maar ik had van tevoren eigenlijk zoiets van ja, dat gaat niet gebeuren.'*

### Triade 3

Triade 3 rapporteerde een redelijk hoge SDM-totaalscore en voldoende overeenstemming.

De behandelcoördinator omschreef de sterk vertraagde informatieverwerking van de patiënt als barrière voor SDM: *'Het heeft invloed op hoe gemakkelijk je met elkaar dingen kunt bespreken en dat je heel erg goed moet checken of je het eigenlijk wel over hetzelfde hebt.'* Mentor omschreef dit als iets waar je rekening mee moet houden, maar niet als barrière voor SDM: *'Hij kan het wel, maar hij moet het heel erg goed overdenken en het kost hem veel energie.'* Zowel de patiënt als de behandelcoördinator noemde het gebrek aan overeenstemming over de uitstroomprognose als beperkende factor voor SDM. Volgens de behandelcoördinator kwam dit voort uit een beperkt ziekte-inzicht van de patiënt. Dit maakte dat zij soms genoodzaakt was, omwille van de veiligheid, beslissingen te nemen waar de patiënt niet achter stond: *'Je komt op een punt van oké, dat gaat deze meneer niet zelf inzien, dat betekent dat we het risicomangement meer vanuit extern moeten gaan vormgeven.'* Het behandelteam had geleerd dat ze de patiënt tijd moeten geven om alle informatie te verwerken, na moeten vragen of hij alle informatie had begrepen en hem de mogelijkheid moeten geven om op thema's terug te komen. De bereidheid van de patiënt om ondanks het meningsverschil over de uitstroomprognose samen te werken, zag het behandelteam als bevorderlijk voor SDM.

### Triade 4

Triade 4 rapporteerde een hoge SDM-totaalscore en voldoende overeenstemming.

De patiënt ervoer dat men naar hem luisterde en dat hij werd meegenomen in de overwegingen van het behandelteam: *'Ze [behandelcoördinator] luistert naar wat je zegt en probeert met je in gesprek te gaan als je het ergens niet mee eens bent, dan probeert ze te onderbouwen waarom zij denkt dat het wel nodig is.'*

Waar het behandelteam de extrinsieke motivatie van de patiënt duidde als beperkt ziekte-inzicht: *'Het feit dat hij weet: ik moet geen delicten meer plegen, komt puur voort uit dat hij niet nog eens zo lang wil vastzitten. Niet uit: ik heb iemand anders pijn gedaan en dat moet ik niet meer doen'*, schreef de patiënt dit toe aan subculturele verschillen: *'Mijn cultuur wordt niet echt begrepen bij bepaalde personeelsleden [...] mijn normen en waarden zijn anders dan de meesten, dan de burgers.'*

De behandelcoördinator noemde tevens mogelijke schijnaanpassing door de patiënt als barrière voor SDM: *'Hij zal het snel met me eens zijn wat betreft een bepaalde probleemstelling. Het is een patiënt bij wie vaker*

*gezegd is of hij niet schijnaanpassing vertoont, dus in hoeverre dat intrinsiek doorleefd is, vraag ik me wel af.'*

Schijnaanpassing kan de wederkerigheid van de samenwerking beïnvloeden. Schijnaanpassing zou tevens een verklaring kunnen bieden voor het feit dat de patiënt een perfecte SDM-score rapporteerde ondanks de barrières die hij benoemde (o.a. de subculturele verschillen).

### Overige resultaten

Alle behandelcoördinatoren en mentoren omschreven SDM als belangrijk en passend in de context van de tbs. Het volgende citaat is representatief voor de wijze waarop SDM werd omschreven door alle behandelcoördinatoren uit deze studie:

*'Dat wanneer ik een besluit over een patiënt moet gaan nemen, ik hem daarbij betrek. Dat ik hem uitleg wat de beweegredenen zijn geweest [...] en hem vraag wat hij daarvan vindt en of hij daar zelf nog inbreng in heeft. Dan proberen we daar zo goed mogelijk samen uit te komen zodat het onze gezamenlijke beslissing is.'* (behandelcoördinator triade 4)

Daarnaast gaven sommige behandelcoördinatoren aan eerst mee te gaan in de wensen van hun patiënt, om zo draagvlak te creëren voor latere delictgerelateerde behandeldoelen waar de patiënt niet direct toe bereid zou zijn.

## DISCUSSIE

Ondanks signalen van beperkte toepassing van SDM in de ggz,<sup>21</sup> wordt volgens de behandelcoördinatoren in deze studie in alle cases SDM toegepast. Ook wordt de mate van SDM binnen drie van de vier triaden als relatief hoog beoordeeld. De hoogste mate van SDM ervaart men in een casus waarbinnen geen overeenstemming bestaat over de kernproblematiek, maar wel over de behandeldoelen op de korte termijn (triade 2). De laagste mate van SDM ervaart men in een casus waarbij de LVB-problematiek volgens het behandelteam het opstellen van gezamenlijk gedragen behandeldoelen bemoeilijkt en waarbij de patiënt vindt dat hij onvoldoende gehoord wordt (triade 1). De onderlinge overeenstemming over de mate van SDM is het hoogst bij behandelcoördinatoren en het laagst bij patiënten.

De in deze studie geïdentificeerde thema's, cognitieve en executieve functies van de patiënt, subculturele verschillen, ziekte-inzicht en wederkerige samenwerking, vertonen veel overlap met thema's die in eerdere studies zijn geïdentificeerd als zijnde van invloed op SDM.<sup>6-9</sup>

### SDM in gedwongen kader

Het gedwongen kader biedt een mogelijke verklaring voor de relatief hoge mate van SDM. Waar in de reguliere ggz de mogelijkheid bestaat een behandelcontact te beëindigen wanneer men geen behandelovereenkomst bereikt, zijn behandelaar en patiënt in het gedwongen

kader in zekere zin ‘tot elkaar veroordeeld’. Wat ook mee kan spelen, is dat er een duidelijk gezamenlijk doel is: het efficiënt en succesvol doorlopen van het tbs-traject. Dit gezamenlijke doel wordt ingezet om de soms grote kloof in behandeldoelen tussen patiënt en behandelteam te overbruggen.

Ook lijkt SDM door sommige behandelcoördinatoren te worden ingezet als strategie voor het bereiken van overeenstemming over behandeldoelen: eerst meegaan in de wensen van de patiënt, zodat draagkracht ontstaat voor latere delictgerelateerde behandeldoelen. In de forensische psychiatrie lijkt SDM meer te worden geoperationaliseerd als het verbeteren van de communicatie over de genomen beslissing richting de patiënt zodat die kan meedenken, dan als het daadwerkelijk nemen van een gedeelde beslissing.

### Barrières voor SDM

Dat LVB-problematiek een barrière kan zijn voor SDM zien we terug in de ggz-standaarden<sup>22</sup> waarbij patiënten met LVB omschreven worden als minder zelfsturend en meer afhankelijk van ondersteuning in de besluitvorming over hun behandeling, waardoor zorgverleners meer geneigd kunnen zijn tot een beschermende houding en het overnemen van deze besluitvorming.<sup>23</sup> Gezien de relatief hoge prevalentie van LVB bij patiënten in de tbs (20-25%),<sup>24</sup> is onderzoek naar hoe participatie kan worden vergroot van belang. Dat een beperkt ziekte-inzicht van de patiënt ervaren wordt als barrière voor SDM kan voortkomen uit een discrepantie in de manier waarop patiënt en behandelaar problemen verklaren.<sup>25</sup> Dit kan ertoe leiden dat de patiënt geen behandel aanknopingspunten herkent en men geen overeenstemming bereikt over behandeldoelen.<sup>26</sup>

De lage overeenstemming tussen patiënten en de hoge overeenstemming tussen behandelcoördinatoren over de mate van SDM lijkt te suggereren dat behandelcoördinatoren een onderling vergelijkbare aanpak hanteren, terwijl patiënten dit op uiteenlopende wijze ervaren. Dit benadrukt het belang van maatwerk bij en voorlichting over SDM in de tbs.

### Beperkingen

Deze studie heeft een aantal beperkingen, waaronder de kleine steekproefgrootte en het feit dat de data zijn verzameld binnen één instelling. Dit beïnvloedt de generaliseerbaarheid van de resultaten. Daarnaast is de thematische analyse door alleen de eerste auteur doorlopen met risico op bevestigingsbias tot gevolg. Om dit te ondervangen vond de inhoudelijke analyse plaats in consensus met de laatste auteur. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef is wenselijk.

## CONCLUSIE

Deze studie laat zien dat SDM wordt toegepast binnen de forensische psychiatrie, maar meer wordt geoperationaliseerd als het verbeteren van de communicatie over de genomen beslissing dan als het daadwerkelijk nemen van een gedeelde beslissing.

 Supplement 1 is online te raadplegen.

## LITERATUUR

- 1 Elwyn G, Frosch D, Thomson R, e.a. Shared decision making: A model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012; 27: 1361-7.
- 2 Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, e.a. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care* 2006; 44: 398-405.
- 3 Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, e.a. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008; 77: 219-26.
- 4 Nott J, Mcintosh A, Taube C, e.a. Shared decision-making in psychiatry: A study of patient attitudes. *Australas Psychiatry* 2018; 26: 478-81.
- 5 Zisman-Ilani Y, Roe D, Elwyn G, e.a. Shared decision making for psychiatric rehabilitation services before discharge from psychiatric hospitals. *Health Commun* 2019; 34: 631-7.
- 6 Shogren KA, Wehmeyer ML, Lassmann H, e.a. Supported decision making: A synthesis of the literature across intellectual disability, mental health, and aging. *Educ Train Autism Dev Disabil* 2017; 52: 144-57.
- 7 Derrington SF, Paquette E, Johnson KA. Cross-cultural interactions and shared decision-making. *Pediatrics* 2018; 142: 187-92.
- 8 Kaminskiy E, Zisman-Ilani Y, Ramon S. Barriers and enablers to shared decision making in psychiatric medication management: a qualitative investigation of clinician and service users' views. *Front Psychiatry* 2021; 12: 678005.
- 9 Eliacin J, Salyers MP, Kukla M, e.a. Patients' understanding of shared decision making in a mental health setting. *Qual Health Res* 2015; 25: 668-78.
- 10 GGZ Nederland. Betere zorg, veiliger samenleving. Visiedocument forensische zorg. 2014. [https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/cf6abc87-0563-4cb5-a4e9-7ec013261127/GGZNL\\_Visiedocument-forensischezorg-Betere-zorg-veiliger-samenleving\\_2014.pdf?ext=.pdf](https://www.denederlandseggz.nl/getmedia/cf6abc87-0563-4cb5-a4e9-7ec013261127/GGZNL_Visiedocument-forensischezorg-Betere-zorg-veiliger-samenleving_2014.pdf?ext=.pdf).
- 11 Pouncey C, Lukens J. Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry. *Theor Med Bioeth* 2010; 31: 93-105.
- 12 Ray I, Simpson AIF. Shared risk formulation in forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law* 2019; 47: 22-8.
- 13 Brink RHS van den, Troquete NAC, Beintema H, e.a. Risk assessment by client and case manager for shared decision making in outpatient forensic psychiatry. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 120.
- 14 Davoren M, Hennessy S, Conway C, e.a. Recovery and concordance in a secure forensic psychiatry hospital – the self rated DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 61.
- 15 Eidhammer G, Fluttter FA, Bjørkly S. User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – A systematic literature review. *J Clin Nurs* 2014; 23: 2716-24.
- 16 Scholl I, Kriston L, Dirmaier J, e.a. Development and psychometric properties of the Shared Decision Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-doc). *Patient Educ Couns* 2012; 88: 284-90.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.