

Verlag van de studiedag ‘Kijken in de keuken van het NIFP’

Een dag waarop PJ-rapporteurs, behandelaren en een ervaringsdeskundige hun visie delen.

Door: Joke Wijnen en Saskia Mulder

Op vrijdag 23 februari organiseerde de forensische sectie van de VGCT een studiedag met als thema ‘Kijken in de keuken van het NIFP’. Centraal staat de integratie van de Pro Justitia (PJ)-rapportage in behandeling binnen de forensische psychiatrie. Elly van Laarhoven, bestuurslid van de forensische sectie van de VGCT en PJ-rapporteur, opende de studiedag waaraan zowel rapporteurs als behandelaren deelnamen.

De deelnemers stellen zich aan het begin van de studiedag aan elkaar voor: de aanwezigen zijn een select gezelschap van PJ-rapporteurs en/of behandelaren uit de forensische psychiatrie. De sfeer was prettig, er werd veel gediscussieerd waarbij verschillen in visie naast elkaar konden bestaan.

De agenda bestaat uit de volgende sprekers / thematiek:

- Judith Yntema over specifieke aspecten van de PJ-rapportage en het formuleren van het advies.
- Ben Gunnewijk vertelt over het werk van PJ-rapporteur jeugd. Hij gaat in op het specifieke kader, de rol van het behandeladvies en de risicotaxatie als aanknopingspunt voor de behandeling binnen een juridisch kader.
- Sanne Hillege presenteert de resultaten van haar onderzoek naar de behandeling van complexe problematiek bij jongeren in de JJI.
- Eveline de Kam en Fleur Stadhouders vertellen over hoe de PJ-rapportage te gebruiken is in de behandeling op een poli-forensische psychiatrie. Ze gaan in op het perspectief van de behandelaar versus het perspectief van justitie.
- Erg bijzonder aan deze dag was het verhaal van ervaringsdeskundige Andries Dijk die terugblijkt zijn ervaring met justitie, PJ-rapportage en behandeling.

Judith Yntema, PJ-rapporteur en cognitief gedragstherapeut (VGCT)

Judith Yntema beschrijft de verschillen in beeldvorming die kunnen ontstaan op basis van de presentatie van de verdachte tijdens de PJ-rapportage en de behandeling. Of het rapport voldoende aansluit bij een daarop volgende behandeling wordt beïnvloed door diverse factoren: de houding van de betrokkene tijdens rapportage maakt het soms lastig om een goede inschatting te maken van de passende behandelsetting. Ook kan het gebrek aan klachten, ziektebesef, of -inzicht bij de betrokkene zorgen voor het missen van problematiek, waardoor de behandeling in de desbetreffende instelling soms niet goed blijkt aan te sluiten. Yntema beschrijft het belang van een basishouding als rapporteur: helder en transparant zijn over het doel van het onderzoek is van belang in de motivatie van de cliënt om mee te werken aan het onderzoek.

Na deze inleiding wordt casuïstiek ingebracht door de groep over over- of onderdiagnostiek van persoonlijkheidsproblematiek. Zo wordt na gedacht over een manier waarop dit voorzien kan



worden, waarbij een langere observatie ten behoeve van diagnostiek en het verzamelen van meer collaterale informatie als mogelijke oplossing aangedragen wordt door Yntema. Vervolgens wordt stilgestaan bij het verschil in houding als PJ-rapporteur en als behandelaar. Het spanningsveld van beroepsgeheim bij behandeling en rapportageopdracht van een PJ-rapportage (met deadline) wordt besproken. Aangegeven wordt dat het belangrijk is om als rapporteur enige afstand te houden tot de verdachte om tot een objectief oordeel te komen.

Vervolgens wordt het maken van een rapportage besproken. Yntema geeft aan dat het van belang is dat de conclusies en advies van de rapportage goed onderbouwd en uitgelegd moeten kunnen worden. Het is bij de conclusies over de betrokkene belangrijk dat deze gebaseerd zijn op een combinatie van dossier- en collaterale informatie, het klinisch oordeel en resultaten uit testinstrumentaria. Na de diagnostische overwegingen wordt in de forensische beschouwing gekeken in hoeverre de stoornis heeft kunnen doorwerken in het delict. Hierin is het van belang dat de stoornis overeind moet blijven – los van het delict. Dit kan lastig zijn bij diagnoses als pedofilie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis waarin er een overlap kan zitten is tussen delictgedrag en psychiatrische stoornis. Daarnaast wordt er door middel van de PJ-rapportage gezocht naar aanknopingspunten voor behandeling, zoals cgt. Hierbij is het van belang om de keuze voor behandeling ook te bespreken met de betrokkene, zodat de betrokkene gemotiveerd is en blijft.

Ben Gunnewijk, (jeugd)psychiater en PJ-rapporteur

Ben Gunnewijk bespreekt een casus van een 19-jarige jongen met PTSS-klachten en agressief (delict)gedrag. Gunnewijk laat in deze casus zien hoe ervaringen uit het verleden kunnen doorwerken in het psychisch functioneren van een jeugdige. Gunnewijk benoemt dat een delictanalyse helpt om meer inzicht te krijgen in de onderliggende problematiek van de jeugdige. Daarnaast staat hij stil bij de mogelijkheden en beperkingen van een PIJ-behandelmaatregel. Een onvoorwaardelijk PIJ-kader is niet zomaar de beste optie voor een jeugdige. Gunnewijk benadrukt dat een positief behandelklimaat binnen de JJI essentieel is voor een succesvolle behandeling van jeugdigen. Er volgt een discussie tussen de aanwezigen over de juiste behandeling die, in het geval van de casus, aangeboden kan worden en of een voorwaardelijke of onvoorwaardelijke PIJ-maatregel gekozen moet worden. Helder wordt dat het allemaal niet zo zwart-wit te bezien is. Aan het einde van de discussie wordt geconcludeerd dat het in deze voorbeeldcasus van belang is om aan de slag te gaan met cgt gericht op de psychische klachten en je ook te richten op positieve ontwikkelmogelijkheden van een jeugdige (niet louter op het delict = negatief). De SAVRY als risicotaxatie instrument voor jeugdigen kan een beter inzicht geven in factoren die aandacht verdienen in de behandeling van forensisch psychiatrische jongeren. De tip van een van de aanwezigen om met een signaleringsplan te werken, wordt door de spreker positief ontvangen.

Sanne Hillege, onderzoeker en GZ-psycholoog

Sanne Hillege presenteerde de resultaten van haar onderzoek naar jongeren met een PIJ-maatregel die in een JJI verblijven. Ze benadrukt deze jongeren vaak veel en veel verschillende problemen hebben en het door deze heterogeniteit van doelgroep het voor klinici moeilijk is om in te schatten waar te beginnen met de behandeling en deze verder vorm te geven. Hierdoor kwam vanuit de praktijk de vraag om inzicht te geven in behandelbehoeften van jongeren met een clustering van specifieke problematiek. Met behulp van dit onderzoek probeert Hillege inzicht te geven in een globale groepering van de jongeren met een PIJ-maatregel op basis van clustering van verschillende risicofactoren. Met behulp van deze indeling heeft ze ook gekeken naar de belangrijkste aanknopingspunten voor behandeling en voorkoming van recidive.

Er zijn twee groepen jongeren die vaker recidiveren: de groep jongeren die zich kenmerkt met voornamelijk antisociale problemen en as I problematiek én de groep die zich kenmerkt met voornamelijk problemen rond empathie en geweten. Deze groepen recidiveren dus vaker dan groepen jongeren die bestaan uit groepen die zich kenmerken door problemen rond de familie, middelengebruik, seksuele problematiek of seksuele problematiek samen met cognitieve en sociale problemen. Wanneer naar de huidige groepsindeling wordt gekeken in vergelijking met analyses rond deze doelgroep een aantal jaar geleden, valt op dat de groepen vrijwel gelijk zijn behalve dat er een groep die zich kenmerkt door voornamelijk problemen met middelengebruik is toegevoegd. Dit is wordt ook door de praktijk gezien: het middelenmisbruik onder deze groep jongeren lijkt toegenomen te zijn en vormt een groot probleem binnen JJI's. Behandeling van deze problematiek is daarom van belang en moet meer aandacht krijgen.

Na een presentatie van haar bevindingen is er aandacht voor casuïstiek. Met behulp van een interactief gedeelte wordt besproken hoe de behandeling van specifieke jongeren vorm kan worden gegeven. Hillege staat hierbij stil bij jongeren die enkel willen meewerken om positief over te komen voor de rechter. Men is het erover eens dat deze externe motivatie voor behandeling ook belangrijk is en een vertrekpunt van de behandeling kan zijn, maar dat enige alertheid op geen-motivatie van belang is.

Andries Dijk, ervaringsdeskundige

Na de lunch is er een gesprek met ervaringsdeskundige Andries. Andries is als ervaringsdeskundige werkzaam binnen de forensische psychiatrie van GGZ Friesland. Hij is een van de weinige ervaringsdeskundige werkzaam binnen de forensische psychiatrie. Andries is op deze studiedag om zijn ervaringen met justitie, PJ-rapportage en behandeling te delen. Het is inmiddels alweer een hele tijd geleden dat hij aanraking kwam met justitie. Hij vertelt openlijk over zijn ervaringen en nodigt de aanwezigen uit om hem vragen te stellen. Dit leidt tot een hele uitwisseling van ervaringen die voor de aanwezigen een beter beeld geven van de andere kant van de medaille. Ten aanzien van de rapportage wordt gesproken over hoe een kort zakelijk onderzoek met tijdsdruk kan overkomen bij naasten. En hoe een behandeling kan bijdragen aan het herstelproces vanuit justitie naar thuis. Psycho-educatie wordt als belangrijk onderdeel genoemd. Voor iemand die een blanco voorgeschiedenis heeft in de psychiatrie, is ook aan te bevelen om naasten te betrekken, aldus Andries. Je wilt namelijk dat naasten ook in positieve zin betrokken kunnen zijn bij een

behandelproces. Handvatten vanuit de behandeling kunnen volgens Andries nog steeds van pas komen: “De echte uitdaging begint pas als je weer de maatschappij in gaat.” Deze uitdaging heeft goed uitgepakt als hij kijkt naar zijn huidige bijdrage als ervaringsdeskundige.

Eveline de Kam, PJ-rapporteur, GZ-psycholoog, cognitief gedragstherapeut VGCT en Fleur Stadhouders PJ-rapporteur i.o., GZ-psycholoog en cognitief gedragstherapeut VGCT

Deze lezing begint met een korte uitleg over het Risk Need Responsivity (RNR) model. Het RNR-model beschrijft drie beginselen waaraan interventies moeten voldoen om een effectieve behandeling te kunnen bieden binnen de forensische psychiatrie. Besproken wordt dat van oudsher het doel van rapport was toerekeningsvatbaarheid bepalen en nu meer gekeken wordt naar het risico op recidieven. Gevraagd wordt of men wellicht alleen een recidive-analyse moeten doen? Dat zou namelijk moeten bepalen in welk beveiligingsniveau er geadviseerd wordt. Er wordt over gediscussieerd en voor en tegens worden besproken. Concluderend hierover pleiten De Kam en Stadhouders er in ieder geval voor altijd een risicotaxatie te doen. Soms is een advies over behandeling geven noodzakelijk, ook als er geen sprake is van stoornis. De Kam en Stadhouders pleiten ervoor om een PJ-rapport te gebruiken bij de behandeling als dit beschikbaar is, omdat het veel nuttige informatie bevat. Wel benadrukken ze dat het rapport met de cliënt doorgenomen moet worden, zodat nuances aangebracht kunnen worden. Zij adviseren dus zeker het rapport te gebruiken, in tegenstelling tot sommige aanwezigen die zeggen dat is niet betrouwbaar genoeg is door allerlei factoren die met het recente delict en de staat van zijn de maken hebben. Het is een én-én, niet enkel een rapport lezen als ‘de waarheid’.

Daarna beschrijven De Kam en Stadhouders het werken in een forensische poli waar de meeste cliënten toerekeningsvatbaar zijn. Meestal zijn zij *first offenders* van delicten. Ze beschrijven de procedure die gevolgd wordt: Eerste korte intake, daarna risicotaxatie en holistische theorie en FA en BA opstellen met behulp van het PJ-rapport, indien beschikbaar. Vervolgens starten behandelingen (o.a. delictketen opstellen, agressieregulatie, schematherapie, handeling zedendelinquenten, cgt). RNR bepaalt mede de intensiviteit van de behandeling. In het vervolg van de lezing worden twee risicotaxatie-instrumenten kort besproken: Static Stable Acute en HCR-20. Ter illustratie worden twee casussen besproken die aantonen dat de mate van toerekeningsvatbaarheid niet altijd aangeeft of wel of geen behandeling plaats kan vinden.

Twee casussen

De eerste casus ging over een toerekeningsvatbaar persoon en de vraag wat de behandelmogelijkheden zijn. Deze persoon is niet gediagnostiseerd, maar geeft aan graag hulp te willen. De onderzoeker schatte een recidiverisico in op basis van bepaalde risicofactoren. Op basis hiervan werd ondanks de toerekeningsvatbaarheid en het ontbreken van een diagnose wel een behandeladvies gedaan.

De tweede casus ging over een verminderd toerekeningsvatbaar persoon waarbij een PJ-milieurapportage was opgesteld. Cliënt zelf ontkent alle problematiek volledig. Echter, uit het milieurapport bleek er wel degelijk sprake van problematiek. Op basis van het rapport werd tbs met voorwaarden opgelegd, waarna een behandeling op de polikliniek werd aangeraden. De vraag is echter hoe deze man te behandelen is aangezien hij in volledige ontkenning is, geen lijdensdruk ervaart, er geen hulpvraag is, geen introspectieve mogelijkheden zijn en forse afweer. Gesprekken met psycho-educatie werkten niet. Uiteindelijk werd doorverwezen naar forensisch ACT met als doel bewerken van sociaal maatschappelijke factoren die uit risicotaxatie naar voren komen. De vraag is of iemand zoals deze persoon uiteindelijk toch dwang opgelegd moet krijgen. Wellicht is met psychotherapie wel iets te bereiken, maar wanneer deze afgerond is, is de vraag of het dan veilig om te stoppen zonder controle, gezien het recidiverisico.

Discussie

Hierna volgde een discussiepunt: Is het recidiverisico vanuit de stoornis bepalen achterhaald? Door de aanwezigen wordt aangegeven dat wanneer er sprake is van een stoornis dit niet achterhaald is. Daarnaast wordt ingebracht dat wanneer bepaald wordt dat we dit achterhaald vinden, hier forse consequenties aan hangen. Nu wordt alleen een PJ-onderzoek gedaan wanneer er vermoeden is van een stoornis. Wanneer er niet meer uitgegaan wordt van de stoornis, hoe wordt dan bepaald wie wel en niet onderzocht moet worden?

Tot slot wordt nog ingebracht dat het handig kan zijn om als behandelaar het PJ door te nemen met het rapport. Er wordt meteen contact gemaakt en je doet recht aan de moeite die de cliënt al gedaan heeft. Op deze manier kun je er als behandelaar ook rekening mee houden dat cliënten zich soms niet kunnen vinden in het advies. Het doornemen van het rapport kan dan een startpunt van een cgt-behandeling zijn.