

Managementhandleiding Grip op Agressie (GoA)

BEHANDELPROGRAMMA VOOR MENSEN
MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING
EN ERNSTIG AGRESSIEF (DELICT)GEDRAG

© Juli 2013 Trajectum en Van Montfoort.

Grip op Agressie, het behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief (delict)gedrag, is ontwikkeld en geïmplementeerd in Trajectum. Het programma is, in opdracht van Trajectum, beschreven door Van Montfoort in nauwe samenwerking met het Kenniscentrum van Trajectum. Trajectum is een instelling voor behandeling en begeleiding van sterk gedragsgestoorde mensen met een lichte verstandelijke beperking en onbegrepen en risicovol gedrag. Voor het beschrijven van de interventies is een subsidie verleend door het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

Drs. H. Niehoff (Trajectum)
Prof. dr. R. Didden (Trajectum)
Drs. T. van den Hazel (Trajectum)
Drs. M. Storms (Trajectum)
Mw. J. Hoffs (Trajectum)
Dr. E. Rutten (Van Montfoort)
Dr. M. Valenkamp (Van Montfoort)

Stichting Trajectum
Centraal Kantoor
Hanzeallee 2
8017 KZ Zwolle
Tel.: 0561-422374
hniehoff@trajectum.info
www.trajectum.info

Van Montfoort
Houttuinlaan 4
3447 GM Woerden
Tel.: 0348 48 12 00
info@vanmontfoort.nl
www.vanmontfoort.nl



Inhoudsopgave

Inleiding	5
Samenvatting Grip op Agressie (GoA)	7
1 Programmamedewerkers GoA	9
1.1 Trainer	10
1.2 Behandelverantwoordelijke	15
1.3 Persoonlijk begeleider.....	16
1.4 Programmaleider	18
1.5 Opleider	19
1.6 Operationeel manager	20
2 Deelnemers GoA	23
2.1 Procedures diagnostiek in het kader van selectie	23
2.2 In- en exclusiecriteria GoA	23
2.3 Diagnostiek in het kader van responsiviteit.....	28
2.4 Groepsgrootte en groepssamenstelling	31
3 Implementatie en uitvoering	32
3.1 Programmaplanning en tijdsinvestering cliënten	33
3.2 Programmaplanning, overlegvormen en tijdsinvestering medewerkers	34
3.3 Registratie, rapportage, evaluatie van het geleerde en afronding modules	35
3.4 Randvoorwaarden m.b.t. aanwezigheid, opdrachten, motivatie voor behandeling en uitsluiting	37
3.5 Evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA.....	37
3.6 Continuïteit en nazorg na afronding van het programma	38
Referenties	40
Bijlagen	
1 Beschrijving selectie-instrumenten GoA	42
2 Aanmeldingsformulier per module Grip op Agressie (GoA)	47



trajectum

Managementhandleiding Grip op Agressie

Inleiding

In deze Managementhandleiding worden de richtlijnen gegeven voor de invoering en de aansturing van Grip op Agressie (GoA), een behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief (delict)gedrag. De invoering van een behandelprogramma begint met het opleiden van de benodigde medewerkers. In deze handleiding wordt in het bijzonder aandacht besteed aan de selectie van de verschillende programmamedewerkers en aan de taken die zij hebben in het kader van GoA. De selectie van deelnemers vormt een belangrijk startpunt voor de daadwerkelijk uitvoering van het programma. De richtlijnen voor de diagnostiek en de selectie(wijze) worden daarom ook beschreven. De voorwaarden voor implementatie worden besproken met als doel naast het bieden van GoA bij Trajectum ook landelijke uitrol bij andere (forensische) instellingen waar de doelgroep van GoA is opgenomen.

Deze handleiding bevat nuttige informatie voor alle programmamedewerkers, maar is vooral geschreven voor het middenkader en het hogere kader: opleiders, programmaleiders en operationeel managers.

We starten het vervolg van deze handleiding ter introductie met een samenvatting van het behandelprogramma GoA. In hoofdstuk een staan de programmamedewerkers van GoA centraal, in hoofdstuk twee de deelnemers, en in het derde en laatste hoofdstuk de implementatie en uitvoering van GoA.



trajectum

Managementhandleiding Grip op Agressie

Samenvatting Grip op Agressie (GoA)

Trajectum¹ is een instelling voor behandeling en begeleiding van sterk gedragsgestoorde mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en onbegrepen en risicovol gedrag. Voor cliënten met ernstig agressief (delict)gedrag heeft Trajectum het behandelprogramma Grip op Agressie (GoA) ontwikkeld. De belangrijkste doelstelling van dit programma is het verminderen en het voorkomen van ernstig agressief (delict)gedrag. De interventie is geïndiceerd voor cliënten vanaf 18 jaar met een TBS, PIJ, RM (justitiële maatregel) en vrijwillig opgenomen sterk gedragsgestoorde cliënten met een LVB en onbegrepen en risicovol agressief gedrag. GoA is ontwikkeld voor de klinische behandelafdelingen. Het programma duurt ongeveer twee jaar en is opgebouwd uit zeven met elkaar samenhangende modules, die aansluiten op het sociotherapeutisch milieu. Daarnaast is een training 'sociale vaardigheden' onderdeel van het klinisch behandelaanbod. Het sociotherapeutisch milieu komt tot uiting in de begeleiding en bejegening van cliënten bij wonen, werken en vrijetijdsbesteding. GoA wordt geïntegreerd in het dagelijks leven. Het samenleven en de dagelijkse routine worden gebruikt als oefen- en leersituaties. Vanuit het sociotherapeutisch milieu vindt daarbij ondersteuning plaats om de balans tussen draagkracht en draaglast van de cliënt in evenwicht te brengen.

Mensen met een LVB hebben vaak bijkomende psychiatrische, medische en sociaal-maatschappelijke problemen. De LVB en de bijkomende problematiek kunnen resulteren in gedragsproblemen, zoals agressief (delict)gedrag. Personen met een LVB en ernstig agressief gedrag zijn minder accuraat in het interpreteren van sociale situaties en ervaren een gebeurtenis eerder als bedreigend of onrechtvaardig, hetgeen samenhangt met een hoog arousalniveau (spanning). Daarnaast genereren ze meer agressieve oplossingen voor probleemsituaties, zijn ze minder goed in staat de consequenties van deze oplossingen te evalueren, hebben ze minder zelfcontrole en laten ze tekorten in sociale vaardigheden zien.

GoA is erop gericht de genoemde tekorten die leiden tot ernstig agressief (delict)gedrag op te heffen door specifieke vaardigheden en inzicht bij deelnemers te vergroten. Hiertoe bestaat GoA uit zeven met elkaar samenhangende modules die worden geboden naast een sociale vaardigheidstraining. In de GoA-modules staat het werken met de zogeheten 5 G's (Gebeurtenis – Gedachte – Gevoel – Gedrag – Gevolg) centraal. In de eerste drie modules (Herkennen van gevoelens 1 en 2 en Herkennen van gedachten) leert de cliënt zijn eigen signalen van arousal te herkennen en leert hij vaardigheden om deze te verminderen. De cliënt leert wat gedachten zijn die te maken samenhangen met boosheid en agressief gedrag, en op welke manier hij zijn gedrag kan beïnvloeden. De cliënt wordt geleerd om een verbinding te leggen tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Binnen module 4 en 6 (Omgaan met boosheid en agressie 1 en 2) leert de cliënt wat onder agressief gedrag en boosheid wordt verstaan en hoe hij boosheid (als emotie) bij zichzelf kan herkennen.

¹ Trajectum valt onder De Borg, een samenwerkingsverband van de vier behandelklinieken voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte mensen (SGLVG) in Nederland. Naar licht verstandelijk gehandicapte mensen wordt momenteel meestal verwezen als mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB).

In deze twee modules worden de vaardigheden uit de voorgaande modules uitgebreid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het individuele Deelnemersboek, werkbladen, beeldmateriaal, de Spanningsthermometer en de Spanningspiramide, de Eerste Hulp Kaart en het Signaleringsplan waarin de opbouw van arousal geformuleerd is, met daaraan gekoppeld de acties van de cliënt zelf en de begeleiders om het niveau van arousal te verlagen. In module 5 (Delictscenario) wordt het delict en/of het agressieve gedrag van de individuele cliënt geanalyseerd. Hierbij wordt gekeken naar de schakels (Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag) die binnen de agressieketen hebben geleid tot het probleemgedrag. Tevens wordt geïnventariseerd welke gebeurtenissen boosheid en agressief gedrag uitlokken. De module Terugvalpreventie is de zevende en laatste module van GoA. Gebeurtenissen die een verhoogde arousal bij de cliënt hebben veroorzaakt worden door de cliënt ingebracht en geanalyseerd met de trainers. Aan de hand van de geanalyseerde gebeurtenissen wordt in deze module gewerkt aan het voorkomen van terugval in de toekomst.

GoA is gericht op het ontwikkelen van vaardigheden en op het versterken van protectieve factoren bij de cliënt. Tijdens het programma heeft de cliënt op de leefgroep te maken met een sociotherapeutisch milieu waarbinnen hij/zij oefent met nieuwe vaardigheden. Het samenleven en de dagelijkse routine worden gebruikt als oefen- en leersituaties. Momenten die zich daarvoor lenen worden gecreëerd en aangegrepen om met de cliënt vaardigheden te oefenen die hij in de GoA-modules leert. Nauwe afstemming met het sociotherapeutisch milieu is belangrijk om de generalisatie van geleerde vaardigheden te bevorderen. Werken aan vaardigheden via GoA en het bieden van de aangepaste contextuele ondersteuning zijn aanvullende componenten. Contextuele ondersteuning vindt aanvankelijk plaats binnen het sociotherapeutisch milieu van de leefgroep. Gaandeweg vindt de sociotherapeutische ondersteuning plaats in een context met meer vrijheden. Ondersteuning zal bij de cliënten uit de doelgroep altijd met een zekere intensiteit nodig zijn. Bij het organiseren van nazorg na de klinische behandeling is (blijvende) ondersteuning voor de GoA-vaardigheden daarom belangrijk. Overdracht van de gewenste begeleidingsstijl en het voor de cliënt opgestelde Signaleringsplan voor de begeleiders van de vervolgvoorziening of woonvorm na afronding van het programma maken ook deel uit van het programma.

GoA is implementeerbaar binnen (forensische) behandelinstellingen voor personen met een LVB en ernstig agressief (delict)gedrag. Voorwaarde voor implementatie is een klinisch behandelaanbod met tenminste een observatie- en diagnostiekfase. Binnen deze periode wordt door middel van observatie en zo nodig nader diagnostisch onderzoek besloten of de cliënt voldoet aan de inclusiecriteria. Daarnaast dient ook sprake te zijn van het hierboven beschreven sociotherapeutisch milieu en een aanbod van training in sociale vaardigheden.

Voor GoA is een handleidingenset ontwikkeld, bestaande uit een Theoriehandleiding met de verantwoordelijkheid en onderbouwing voor het behandelprogramma, een Programmahandleiding voor de trainers (inclusief Deelnemersboeken en -bladen), de Opleidingshandleiding voor opleiders van trainers, de Beoordelings- en evaluatiehandleiding voor trainers en onderzoekers, de Managementhandleiding en de Samenvatting met leeswijzer.

1 Programmamedewerkers GoA

Om GoA gedegen uit te kunnen voeren zijn verschillende programmamedewerkers betrokken bij de organisatie en de uitvoering van het behandelprogramma.

1. Trainers: trainen in tweetallen de deelnemende cliënten en koppelen hun bevindingen na afloop van elke bijeenkomst terug aan de persoonlijk begeleider en de behandelverantwoordelijke van de deelnemers. Afhankelijk van de inhoud van de geboden GoA-module worden trainers met uiteenlopende achtergrond ingezet: sociotherapeuten, vaktherapeuten en behandelverantwoordelijken.
2. Behandelverantwoordelijke: is verantwoordelijk voor de totale behandeling die de deelnemer bij de instelling krijgt. Hij houdt zicht op het behandelproces van GoA, bepaalt hoe er eventueel bijgestuurd moet gebeuren en vertaalt het naar de individuele behandeling. Hiernaast is de behandelverantwoordelijke trainer van module 5 (Delictscenario) en 7 (Terugvalpreventie).
3. Persoonlijk begeleider: ondersteunt de deelnemer bij het volgen van GoA, bij het maken van uitgedeelde opdrachten, en stimuleert hem met het oog op transfer van het geleerde bij het oefenen van het geleerde op de afdeling. De persoonlijk begeleider heeft een belangrijke centrale coördinerende rol in de behandeling van de deelnemer.
4. Programmaleider: is inhoudelijk deskundige en eindverantwoordelijke die zorg draagt voor het bewaken en borgen van de programma-integriteit, en is samen met de opleiders verantwoordelijk voor de inhoudelijke implementatie en ook het inhoudelijk draaiend houden van de opleiding.
5. Opleider²: leidt de trainers op en is samen met de programmaleider verantwoordelijk voor het inhoudelijk draaiend houden van de opleiding.
6. Operationeel manager: is verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van de GoA-modules op afdelingsniveau. De operationeel manager wordt aan gestuurd door de hoofden van de RvE's (behandelunits), die eindverantwoordelijk zijn voor het draaiend houden van GoA.

Naast deze medewerkers worden onderzoekers van de instelling betrokken bij het verwerken en analyseren van de resultaten die de deelnemers behalen op de instrumenten die in het kader van GoA worden afgenomen. Zij koppelen onder andere deze bevindingen terug aan de programmaleider en gebruiken ze tevens in het kader van de selectie en de programma- en effectevaluatie (zie ook Beoordelings- en evaluatiehandleiding).

In het vervolg van dit hoofdstuk worden de profielen en de taken van de medewerkers nader beschreven, gericht op het aanbieden van GoA. Daarnaast is er aandacht voor de selectieprocedure, scholing en intervisie/supervisie.

² Sommige instellingen spreken over train-de-trainer.

1.1 Trainer

Profielen en taken van GoA-trainers

Trainers verzorgen in tweetallen de bijeenkomsten voor de deelnemende cliënten en koppelen hun bevindingen na afloop van elke bijeenkomst terug aan de persoonlijk begeleider en de behandelverantwoordelijke van de deelnemers. Afhankelijk van de inhoud van de geboden GoA-module worden trainers met uiteenlopende achtergrond ingezet: sociotherapeuten (alle modules), vaktherapeuten (module 1 en 2) en behandelverantwoordelijke gedragsdeskundigen (module 5 en 7) (zie Tabel 1). Bij module 1, 2, 5 en 7 zijn de trainers vaktherapeuten en behandelverantwoordelijken de hoofdtrainers, bij de overige modules is een van de sociotherapeuten de hoofdtrainer en de ander de co-trainer.

Tabel 1. GoA-modules en verantwoordelijke trainers.

Module	Trainers
1. Herkennen van gevoelens 1	- Sociotherapeut en vaktherapeut (beweging/PMT)
2. Herkennen van gevoelens 2	- Sociotherapeut en vaktherapeut (drama)
3. Herkennen van gedachten	- Sociotherapeuten (2)
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	- Sociotherapeuten (2)
5. Delictscenario	- Sociotherapeut en behandelverantwoordelijke
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	- Sociotherapeuten (2)
7. Terugvalpreventie	- Sociotherapeut en behandelverantwoordelijke

Profiel trainer sociotherapeut

- Heeft kennis van werken met agressieve justitiabelen (theorie en praktijk).
- Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten met een LVB en agressief gedrag.
- Heeft een relevante HBO-opleiding afgerond of functioneert op dit denkniveau.
- Heeft kennis van en ervaring met prosociale modeling.
- Heeft basiskennis van leerstijlen en theorieën.
- Heeft kennis van en ervaring met methodisch werken.
- Heeft kennis van en ervaring met motiverende gesprekstechnieken.
- Is in staat programmastof flexibel te hanteren vanuit responsiviteitsbeginsel.
- Is in staat de programma-integriteit te waarborgen.
- Kan zich verplaatsen in de cliënt en heeft een accepterende houding.
- Is in staat cliënten tot gedragsverandering te motiveren door voldoende aandacht te besteden aan de eigen wensen van de cliënt.
- Is herkenbaar voor de cliënt omdat hij de 'taal' van cliënten met een LVB spreekt.
- Vertoont prosociaal gedrag.
- Is directief waar nodig.
- Beschikt over didactische vaardigheden die aansluiten bij de doelgroep.
- Kan goed omgaan met storend gedrag.
- Kan signalen van agressie herkennen en agressie voorkomen.
- Is authentiek en gelooft in gedragsverandering van cliënten.
- Beschikt over voldoende cognitieve vaardigheden.

GoA-taken voor trainer sociotherapeut

- De training uitvoeren zoals in de Programmahandleiding is beschreven.
- Zorg dragen voor een goed leerklimaat binnen de trainingsgroep.
- Rollenspellen voorbereiden in overleg met de co-trainer.
- Na elke bijeenkomst per cliënt de Deelnemers- en presentielijst en de Individuele deelnemerskaart (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Bijlage 1 en 2) invullen, waarin wordt beschreven hoe de cliënt zich heeft ingezet tijdens de bijeenkomst, hoe de eventueel uitgedeelde opdracht is gemaakt en hoe de vorderingen op de persoonlijke doelen zijn. Deze gegevens worden ook doorgegeven aan de persoonlijk begeleider van de cliënt en de behandelverantwoordelijke van de afdeling waar de cliënt verblijft. Zo nodig hebben de trainers en persoonlijk begeleiders naar aanleiding van de bevindingen onderling contact. De persoonlijk begeleider neemt contact op met de trainers wanneer er vragen zijn over een huiswerkopdracht, en wanneer zich bijzonderheden bij de cliënt hebben voorgedaan, bijvoorbeeld in de leefgroep.
- Actief in de gaten houden of cliënten bij het missen van een bijeenkomst voorafgaand aan de volgende bijeenkomst de oefeningen en de opdracht van de gemiste bijeenkomst inhalen. Hierover wordt contact opgenomen met de persoonlijk begeleider.
- Bij afronding van een module het Eindverslag module GoA (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Bijlage 4) voor en met de cliënt opstellen en dit bespreken.
- Per bijeenkomst de gevraagde lijsten invullen en zorgen dat de dossiers compleet en up-to-date zijn.
- Bij algemene problemen m.b.t. de training contact opnemen met de opleider.
- Bezoeken van coachings- en supervisiebijeenkomsten met de opleiders.
- Volgen van bijeenkomsten in het kader van het deskundigheidsbevorderingstraject, minimaal 5 keer per jaar bijeenkomen voor intervisie en nascholing met andere trainers.

Profiel trainer vaktherapeut beweging / psychomotorische therapie (PMT)

Psychomotorische therapie is een therapievorm waarbij cliënten op nonverbale wijze leren omgaan met lichaamservaring, gevoelens, emoties en gedachten met als doel gedragsverandering. Binnen PMT wordt voortgebouwd op de bijeenkomsten en oefeningen die binnen de overige modules worden geboden. Op deze wijze wordt gewerkt aan het bereiken en bestendigen van gedragsverandering. De trainer PMT heeft het volgende profiel:

- Heeft een HBO-opleiding PMT afgerond of een opleiding lichamelijke opvoeding (CIOS of ALO).
- Kan het aanbod PMT afstemmen op de specifieke problematiek van cliënt en trainingsgroep.
- Kan de cliënt en diens gedrag tijdens de therapie observeren en de observatiegegevens plaatsen binnen vaktheoretische kaders.
- Is in staat deze observaties te koppelen aan de totaalbehandeling, de kennis van psychopathologie en de invloed van eerdere ervaringen op het gedrag.
- Kan strategieën hanteren om de therapeutische relatie te bestendigen en zodoende te interveniëren tijdens de behandeling.
- Kan terugval in probleemgedrag signaleren en voorkomen.

- Kan mondeling en schriftelijk rapporteren over de voortgang van de therapie en het functioneren van de cliënt.
- Kan cliënten stimuleren en motiveren.
- Kan een kwalitatieve werkrelatie opbouwen: is betrouwbaar, consequent, consistent en deskundig in gedrag.
- Heeft een geschikte attitude: accepteert de persoon achter gedrag, heeft vriendelijke doch zakelijke houding, en toont empathie.
- Beschikt over positieve persoonlijkheidskenmerken: is betrouwbaar, consequent, consistent, geïnteresseerd, alert, deskundig en empathisch.
- Heeft kennis van psychopathologie, orthopedagogiek, psychiatrie, psychologie en somatische beperkingen. Daarnaast heeft de psychomotorisch therapeut kennis van psychologische referentiekaders, behandelingsmodellen en speltheorie.

GoA-taken voor trainer vaktherapeut beweging / PMT

PMT is een verzamelterm voor zelfstandige procesmatige behandelingsvormen, gebaseerd op specialistische visies, psychotherapieën, didactische vaardigheden en methodische benaderingen. Door therapeutische interventies, gericht op het bewegingsgedrag enerzijds en/of de lichaamsbeleving anderzijds, wordt geprobeerd het psychosociaal en/of psychisch functioneren van cliënten gunstig te beïnvloeden om zo het probleemgedrag te verminderen of weg te nemen. De psychomotorisch therapeut is trainer van GoA module 1 en heeft hiervoor de volgende taken:

- Het geven van een afgewogen aanbod tijdens module 1, waarbij wordt afgestemd op de specifieke problematiek van de cliënten.
- Observeren tijdens de module, schriftelijk verslag doen van deze observaties en de observaties en interpretaties bespreken met de co-trainer, de persoonlijk begeleider en evt. met de cliënt.

Profiel trainer vaktherapeut Drama

Dramatherapie is een nonverbale therapievorm waarin cliënten leren omgaan met en kunnen oefenen met gevoelens en emoties. Dramatherapeuten hebben het volgende competentieprofiel:

- Heeft een HBO-opleiding vaktherapie (Drama) afgerond.
- Kan het geven van dramatherapie afstemmen op de specifieke problematiek van de cliënt en cliëntgroepen.
- Kan de cliënt en diens gedrag tijdens de behandeling observeren en kan deze observatie plaatsen binnen vaktheoretische kaders.
- Kan observaties koppelen aan de totaalbehandeling, de kennis van psychopathologie en de invloed van eerdere ervaringen op het gedrag, en kan hierover mondeling en schriftelijk rapporteren.
- Kan terugval in probleemgedrag signaleren en voorkomen.
- Kan cliënten stimuleren en motiveren.
- Kan een kwalitatieve werkrelatie opbouwen: is betrouwbaar, consequent, consistent en deskundig in gedrag.

- Heeft een geschikte attitude: accepteert de persoon achter gedrag, heeft vriendelijke doch zakelijke houding, en toont empathie.
- Beschikt over positieve persoonlijkheidskenmerken: is betrouwbaar, consequent, consistent, geïnteresseerd, alert, deskundig en empathisch.
- Kan strategieën hanteren om de therapeutische relatie te bestendigen.
- Heeft kennis van psychopathologie, orthopedagogiek, psychiatrie, psychologie en somatische beperkingen. Daarnaast heeft de psychomotorisch therapeut kennis van psychologische referentiekaders, behandelingsmodellen en speltheorie.

GoA-taken voor trainer vaktherapeut Drama

Dramatherapie heeft als doelstelling om, in een het individu gerichte behandeling met behulp van dramamaterialen, veranderings- en acceptatieprocessen bij de cliënt te realiseren en ondersteunen. De dramatherapeut is trainer van GoA module 2 en heeft hiervoor de volgende taken:

- Het geven van een afgewogen aanbod tijdens module 2, waarbij wordt afgestemd op de specifieke problematiek van de cliënten.
- Observeren tijdens de module, schriftelijk verslag doen van deze observaties en de observaties en interpretaties bespreken met de co-trainer, de persoonlijk begeleider en evt. met de cliënt.

Selectieprocedure trainers

De selectie is gebaseerd op de hierboven beschreven profielen en taken voor de trainers. Op te leiden trainers dienen zichzelf aan te melden bij de operationeel manager, die hen aanmeldt bij de opleiders. Bij een positieve beoordeling door de opleider kan de kandidaat deelnemen aan de opleiding tot trainer. Aandachtspunt voor de selectie: het is van cruciaal belang dat de kandidaat over een goede motivatie beschikt en bereid is te werken volgens de beschreven modules (zie Programmahandleiding).

Opleiding trainers i.o.

De opleiding voor trainers bestaat uit 8 dagdelen van 180 minuten en wordt verzorgd door 2 opleiders. Voor een uitgebreide beschrijving van de opleiding verwijzen we naar de Opleidingshandleiding.

De opleider beoordeelt na afloop van de opleiding of de trainer i.o. de opleiding met positief resultaat kan afsluiten. Hij gebruikt daarbij de volgende eindtermen:

- Voldoende kennis en goede uitvoering van de bijeenkomsten van het behandelprogramma.
- Trainer i.o. is in staat de GoA-moduledoelen van de cliënten tijdens oefeningen in de bijeenkomsten voortdurend in het oog te houden en de cliënten hierop aan te spreken.
- Voldoende kennis en goede uitvoering van de centrale werkvormen uit het behandelprogramma.
- Voldoende kennis en goede uitvoering van samenwerking met de context van de cliënt (o.a. persoonlijk begeleider en belangrijke steunfiguren uit het netwerk van de cliënt).

- Voldoende kennis en begrip van de theoretische achtergrond van de training.
- Aansluiten bij de denk- en leerstijl van de doelgroep.
- Programma-integriteit naleven, d.w.z. het programma uitvoeren zoals beschreven.
- Gedragsverandering stimuleren bij het geven van de training geven, op een manier die zowel positief is als haalbaar, en waarbij wordt aangesloten bij de individuele leerstijlen van de cliënten (responsiviteit).

Supervisie, intervisie en nascholing

De trainers hebben coachings- en supervisiebijeenkomsten met de opleiders. Per module wordt hiervoor per trainer 3 uur gereserveerd. Vast onderdeel hierbij is het bezoeken van een trainingsbijeenkomst door een van de opleiders. De opleider maakt hierbij gebruik van de Monitoringslijst opleiders en trainers GoA (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Bijlage 6) om zijn bevindingen met betrekking tot de verzorging van de training door de trainer te beoordelen. De opleider bespreekt de ingevulde Monitoringslijst na afloop van de training met de trainer.

Hiernaast volgen de trainers deskundigheidsbevorderingsbijeenkomsten. Trainers bezoeken minimaal 5 keer per jaar trainersbijeenkomsten voor intervisie en nascholing.

Uitsluiting tijdens opleiding

Indien trainers i.o. met goede reden maximaal 2 opleidingsdagdelen hebben gemist, kunnen met de opleiders afspraken worden gemaakt voor vervangende opdrachten en afspraken. Indien de opleidingsdagdelen niet of niet naar behoren zijn ingehaald, krijgt de trainer i.o. geen certificaat uitgereikt. Indien tijdens de opleiding bij de opleiders gereede twijfel is ontstaan over de wijze waarop de trainer i.o. functioneert en affiniteit met GoA, dan bespreken de opleiders dit met de inhoudelijk deskundige programmaleider. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de Monitoringslijst opleiders en trainers GoA (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Bijlage 6).

Uitsluiting na opleiding

Wanneer een trainer onvoldoende geschikt blijkt of onvoldoende presteert, kan het nodig zijn de trainer van zijn taak te ontheffen. De opleider is degene die dit in eerste instantie signaleert. Om uitsluiting goed te kunnen overwegen maakt de opleider gebruik van de (afgenomen) Monitoringslijst opleiders en trainers GoA (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Bijlage 6), en bespreekt deze met de betreffende trainer. Deze moet voor daadwerkelijke uitsluiting duidelijke en aantoonbare feedback hebben gehad - de besproken monitoringslijst en overige dossiervorming - op het ongewenste gedrag of de onderprestatie (denk aan onvoldoende programma-integriteit, gebrek aan responsiviteit). Er moet de trainer voldoende tijd worden geboden om zijn functioneren te veranderen. Daarbij dient ook extra coaching te worden aangeboden. Leidt dit alles niet tot de gewenste verandering, dan kan de trainer na overleg met de opleider en de programmaleider worden uitgesloten van het geven van GoA. In geval van (dreigende) uitsluiting neemt de opleider contact op met de operationeel manager en leidinggevende van de trainer.

Licentie trainers

Trainers i.o. die de gehele training twee keer succesvol hebben gegeven en voldoende supervisie-uren hebben gevolgd ontvangen een trainerslicentie voor GoA. Deze licentie geldt voor twee jaar en kan worden verlengd als de trainer:

- In die periode minimaal één GoA trainingscyclus heeft verzorgd.
- Aanwezig is geweest bij minimaal 3 van de 5 jaarlijkse trainersbijeenkomsten voor intervisie en nascholing.

1.2 Behandelverantwoordelijke

De behandelverantwoordelijke van de afdeling is verantwoordelijk voor de individuele behandeling voor de cliënt. De behandelverantwoordelijke geeft functioneel leiding aan de multidisciplinaire behandelteams die zorg dragen voor de uitvoering van de behandeling van de individuele cliënt.

Profiel behandelverantwoordelijke

- Heeft een relevante academische opleiding en een GZ-opleiding afgerond.
- Heeft kennis van en ervaring met het functioneel leiding geven aan professionals.
- Heeft kennis van werken met agressieve justitiabelen (theorie en praktijk).
- Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten met een LVB en agressief gedrag.
- Heeft kennis van de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de doelgroep.
- Heeft kennis van de wettelijke kaders waarbinnen de behandeling plaatsvindt.
- Heeft kennis van de mogelijkheden en beperkingen van aangrenzende disciplines.
- Is tactvol, heeft aandacht, inlevingsvermogen en het vermogen tot motiveren en stimuleren in de contacten met cliënten en teams.
- Kan omgaan met en weerstand van cliënten tegen behandeling en onderzoek.
- Heeft overredingskracht en overtuigingskracht.
- Heeft flexibiliteit en het vermogen om conflict- en crisissituaties te beheersen.
- Heeft het vermogen om op gepaste wijze te gebruik te maken van non-verbale communicatie.
- Is in staat grote lijnen vast te houden, tactisch te opereren zonder onduidelijk te worden en besluitvaardig en standvastig te zijn bij het afhandelen van processen.
- Kan sociale verhoudingen goed en snel analyseren.
- Heeft de vaardigheid om met belangenverstrengelingen om te gaan zonder partijdig of afhankelijk te worden.
- Kan zich onafhankelijk opstellen zonder daar emotioneel onder gebukt te gaan, maar met behoud van empathie en betrokkenheid.
- Heeft theoretische kennis van verstandelijke beperkingen, psychopathologie, gedragsproblemen, agressieproblematiek en verklaringsmodellen hiervoor.
- Heeft kennis van de inhoud van de verschillende GoA-modules: doel, doelgroep, vaardigheden, criminogene factoren en risicovol gedrag.
- Kan terugval in probleemgedrag signaleren en voorkomen.
- Heeft kennis van meetinstrumenten die gebruikt worden om behandel-effecten vast te stellen.

- Kan goed observeren en mondeling en schriftelijk hierover rapporteren.
- Kan cliënten en medewerkers stimuleren en motiveren.
- Kan pedagogisch handelen: grenzen stellen, duidelijkheid bieden en voorspelbaar zijn in handelen, ontwikkelingsruimte bieden.
- Kan geringe nuanceverschillen interpreteren in gedrag en non-verbale communicatie.
- Kan technieken van motiverende gespreksvoering gebruiken en aandragen aan het team

GoA-taken voor behandelverantwoordelijke

De behandelverantwoordelijke heeft diverse taken en verantwoordelijkheden. De belangrijkste zijn:

- Opstellen van de algehele behandeldoelen van de cliënt op basis van multidisciplinair onderzoek, in afstemming op de programmadoelen van GoA.
- Het trainen (met co-trainer sociotherapeut) van module 5 (Delictscenario) en module 7 (Terugvalpreventie).
- Functioneel leiding geven aan degenen die bij de uitvoering van het behandelplan zijn betrokken.
- Voorzitterschap van het multidisciplinair team (MDT).
- Zicht houden op het behandelproces van GoA, bewaken van de voortgang, evalueren van de behandeling, bepalen hoe er eventueel moet worden bijgestuurd en zorg dragen voor (schriftelijke) rapportage per cliënt.
- Schriftelijk verantwoording afleggen over het behandelverloop van de cliënt.
- Verantwoordelijk dragen voor toepassing van het individuele behandelbeleid.
- Invullen van benodigde meetinstrumenten voor GoA (zie Hoofdstuk 2 en de Beoordelings- en evaluatiehandleiding).

Intervisie

De behandelverantwoordelijken komen minimaal 5 keer per jaar bijeen voor intervisie, samen met de operationeel managers.

1.3 Persoonlijk begeleider

De persoonlijk begeleider is verantwoordelijk voor de dagelijkse begeleiding van de cliënten. Daarnaast dient de persoonlijk begeleider aan de hand van individuele behandelplannen een bijdrage te leveren aan gedragsverandering. De persoonlijk begeleider begeleidt, ondersteunt en stimuleert cliënten die deelnemen aan GoA bij het toepassen van de inhoud van de training op de leefgroep en in het dagelijks leven (transfer) en is daarmee van groot belang voor het bereiken van generalisatie.

Profiel persoonlijk begeleider

- Heeft een relevante HBO-opleiding afgerond of functioneert op dit denkniveau.
- Heeft praktische kennis van en ervaring met het werken met agressieve cliënten.
- Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten met een LVB en agressief gedrag.
- Kan zich verplaatsen in de cliënt en heeft een accepterende houding.
- Kan cliënten motiveren tot gedragsverandering.

- Kan de taal van de cliënt spreken.
- Kan omgaan met storend gedrag.
- Kan (signalen van) agressie herkennen, kan ermee omgaan en kan agressie voorkomen.
- Kan een constructieve werkrelatie met cliënten aangaan en onderhouden.
- Kan een relatie leggen tussen het gedrag van de cliënt en het behandelprogramma.
- Heeft een informerende motiverende houding vanuit een professionele basishouding.
- Heeft zicht op de beperkingen van de cliënt in de vorm van pathologie en agressief probleemgedrag en kan zich aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt.
- Kan een nuttige bijdrage leveren aan de afstemming van behandelprogramma/begeleiding binnen wonen, werken en vrije tijd zodat een geïntegreerde aanpak gerealiseerd wordt.
- Kan zelfstandig optreden in complexe situaties middels controle en correctie.
- Beschikt over goede sociale vaardigheden en heeft oog hebben voor de beleving en de mogelijkheden van de cliënt.
- Kan op een begripvolle wijze geldende waarden en normen uitdragen.
- Beschikt over geduld, doorzettingsvermogen, tact en enthousiasme.
- Is in staat de cliënt in het proces te begeleiden bij het consolideren van gedragsverandering.
- Kan de doelen van GoA vertalen naar de dagelijkse behandeling en begeleiding.
- Kan omgaan met spanningen tussen de cliënt en diens sociale omgeving door voorspelbaar te reageren.
- Kan preventief en de-escalerend handelen.
- Is in staat op respectvolle en heldere wijze op te treden bij agressie, lastige en/of crisissituaties, zodat de cliënt ervan leert en de omgeving geen gevaar loopt.

GoA-taken voor persoonlijk begeleider

Met behulp van het hierboven beschreven profiel is de persoonlijk begeleider uitgerust om de (doelen van) het behandelprogramma te coördineren met het wonen, werken en de vrijetijdsbesteding van de cliënt. Door middel van gedragsbeïnvloeding en het aanleren van vaardigheden worden de gedragsproblematiek en de delictgevaarlijkheid van cliënten verminderd, waarna mogelijk doorstroming naar vervolgvoorzieningen of de maatschappij plaats kan vinden. De persoonlijk begeleiders hebben hiertoe de volgende taken:

- Het fungeren als eerste contactpersoon voor de cliënt.
- Er samen met de cliënt voor zorgen dat de cliënt de opdrachten uit het deelnemersboek begrijpt, kan en gaat maken.
- Het observeren van het gedrag van de cliënt en hierover rapporteren.
- Het uitvoeren van het werkplan met de cliënt.
- Het afstemmen van het werkplan, het signaleringsplan en het terugvalpreventieplan met behandelverantwoordelijke, het team, andere disciplines en communiceren over uitvoering en voortgang.
- Het optreden als intermediair als problemen optreden tussen cliënt en trainers.
- Het ondersteunen, stimuleren en motiveren van de cliënt bij het realiseren van de doelstellingen uit het behandelplan.
- Het op praktische en laagdrempelige wijze vertalen van de inhoud en doelen van GoA naar het dagelijks leven van de cliënt.

Training, intervisie en supervisie

De persoonlijk begeleiders maken voor GoA gebruik van de kennis en vaardigheden die behoren tot hun algemene werkhouding, zij hoeven voor GoA geen aparte opleiding te volgen en er zijn voor de persoonlijk begeleider geen vaste momenten voor intervisie of supervisie georganiseerd. De programmaleider geeft hen bij aanvang een korte introductie op GoA, voor zover het voor de persoonlijk begeleider de eerste kennismaking met GoA is. Bij vragen of onduidelijkheden benadert de persoonlijk begeleider afhankelijk van het type vraag de trainers, de programmaleider en of de behandelverantwoordelijke van de cliënt.

1.4 Programmaleider

De programmaleider is de inhoudelijk deskundige en de eindverantwoordelijke die zorg draagt voor het bewaken en borgen van de programma-integriteit. Hierbij wordt zo nodig intensief contact onderhouden met de ontwikkelaars van GoA, die deel uitmaken van Kenniscentrum Trajectum. De programmaleider krijgt input van de opleiders en biedt hen ondersteuning, zodat zij het programma zodanig aan de trainers i.o. kunnen overdragen, dat deze het programma integer uit kunnen voeren. De programmaleider is samen met de opleiders verantwoordelijk voor de inhoudelijke implementatie en het inhoudelijk draaiend houden van de opleiding.

Profiel programmaleider

- Heeft een relevante academische opleiding en een GZ-opleiding afgerond.
- Heeft kennis van (internationale) vakliteratuur op relevantie voor de hulpverlening in het kader van het behandelen van mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief gedrag.
- Is in staat de inhoud van het behandelprogramma GoA toe lichten aan de hand van de theoretische onderbouwing.
- Is in staat de kennis over te dragen m.b.t. de inhoudelijke keuzes waarop het behandelprogramma is gebaseerd.
- Kan beoordelen of bepaalde wijzigingen in het behandelprogramma kunnen worden doorgevoerd met het oog op behoud van programma-integriteit.
- Kan aangeven hoe de kennis doelgericht ingepast kan worden in het behandelprogramma, en kan aangeven wanneer een module het beste kan worden uitgevoerd.

GoA-taken voor programmaleider

- Het bieden van inhoudelijke deskundigheid voor het bewaken en borgen van de programma-integriteit van GoA. Zo nodig hiervoor contact opnemen met de ontwikkelaars van GoA, die deel uitmaken van Kenniscentrum Trajectum.
- Het bij de operationeel manager signaleren van bijzonderheden m.b.t. programma-integriteit en de kwaliteit van de uitvoering.
- Het bieden van ondersteuning bij de inhoudelijke implementatie en uitvoering van behandelprogramma GoA in het primair proces).
- Samen met de opleiders verantwoordelijkheid dragen voor de inhoudelijk implementatie en het inhoudelijk draaiend houden van de opleiding.

- Het bieden van ondersteuning aan de opleiders, met het oog op integrale aanbieder van de opleiding aan trainers i.o..
- Het voorzitten van de vakinhoudelijke overlegvorm waarin de trainers participeren.
- Het participeren in overleg met het management van de behandellocatie (RvE).

Overleg

De programmaleider overlegt met de trainers en de behandelverantwoordelijken.

1.5 Opleider

De opleiders dragen zorg voor het opleiden van de trainers van het behandelprogramma en het inhoudelijk draaiend houden van de opleiding. Afhankelijk van de inhoud van de GoA-module worden trainers met uiteenlopende achtergrond ingezet: sociotherapeuten (alle modules), vaktherapeuten (module 1 en 2) en behandelverantwoordelijke gedragsdeskundigen (modules 5 en 7) (zie Tabel 1). Zij worden gezamenlijk getraind.

Profiel opleider

- Heeft een relevante HBO-opleiding afgerond of functioneert op dit denkniveau, aangevuld met didactische opleiding.
- Heeft theoretische kennis van verstandelijke beperkingen, psychopathologie, gedragsproblemen, agressieproblematiek en verklaringsmodellen.
- Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten met een LVB en agressief gedrag.
- Heeft kennis van de inhoud van de modules: doel, doelgroep, vaardigheden, criminogene factoren en risicovol gedrag.
- Heeft met goede resultaten de opleiding tot trainer behaald.
- Is ervaren in het geven van GoA-bijeenkomsten aan cliënten. Heeft alle modules minimaal 2 keer verzorgd als trainer.
- Kan terugval in probleemgedrag signaleren en voorkomen.
- Heeft kennis van meetinstrumenten die gebruikt worden in het kader van GoA (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding).
- Kan (cognitief) gedragstherapeutische technieken toepassen die binnen de modules worden gebruikt (bijv. ontspanningsoefeningen, rollenspellen, gesprekstechnieken en oefeningen m.b.t. sociale informatieverwerking).
- Het kunnen uitleggen van gebruik van hulpmiddelen op LVB-niveau (bijv. Spanningsthermometer, Eerste Hulp Kaart, Signaleringsplan, Terugvalpreventieplan).
- Het kunnen observeren en mondeling en schriftelijk hierover kunnen rapporteren.
- Het op een constructieve en opbouwende wijze feedback geven zodat trainers (i.o.) zich verder kunnen ontwikkelen.
- Het kunnen aansturen van en reageren op groepsdynamische processen.
- Het kunnen aansturen van, plannen en overzicht houden op het procesmatige verloop van de opleiding.
- Het op de hoogte zijn van actuele ontwikkelingen met betrekking tot de behandeling van ernstig agressief (delict)gedrag bij mensen met een LVB.

GoA-taken voor opleider

De hoofdtaak van de opleider is het zorg dragen voor de opleiding van de trainers van het behandelprogramma. De volgende taken maken hier deel van uit:

- Het verzorgen van de opleiding voor trainers (Zie Opleidingshandleiding).
- Het coachen van de trainers tijdens de uitvoering van de trainingen aan cliënten.
- Voor trainers en trainers i.o. beschikbaar zijn voor advies;
- Zorgen voor het beheer van het trainingsmateriaal voor de cliënten: handboeken, werkbladen en multimedia materiaal.
- Het geven van supervisie aan trainers ten behoeve van programma-integriteit.
- Het bijwonen van trainingsbijeenkomsten die de opgeleide trainers aan de cliënten bieden, met als doel de trainers feedback te geven gericht op behoud van programma-integriteit. De opleider vult hiertoe tijdens de bijeenkomst de Monitoringslijst opleiders en trainers GoA in. Deze gestructureerde monitoringslijst (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, §2.2 en Bijlage 6) wordt na de bijeenkomst besproken met de trainer.

Supervisie

De opleiders worden gesuperviseerd door de programmaleider.

1.6 Operationeel manager

De operationeel manager vormt de verbindende schakel tussen het organisatorisch management en het operationele niveau. De operationeel manager is verantwoordelijk voor de organisatie en coördinatie van de GoA-modules op afdelingsniveau. Hij wordt aan gestuurd door de hoofden van de RvE's (behandelunits), die eindverantwoordelijk zijn voor het draaiend houden van GoA.

Profiel operationeel manager

- Heeft een relevante HBO-opleiding in de gezondheidszorg, bij voorkeur aangevuld met een managementopleiding.
- Beschikt over kennis, inzicht en ervaring m.b.t. leidinggeven, teamprocessen, teambuilding en teambegeleiding.
- Heeft kennis van het werken met cliënten met een LVB en agressief gedrag.
- Heeft kennis van de globale inhoud van de modules: doel, doelgroep, werkwijze en benodigde materialen.
- Kan zelfstandig optreden.
- Beschikt over een goed probleemoplossend vermogen en kan anticiperen op onverwachte, complexe situaties.
- Is in staat tactisch beleid te vertalen naar operationele werkwijze, maatstaven en richtlijnen.
- Kan omgaan met interne overlegsituaties waarbij weerstanden moeten worden weerlegd bij tegengestelde belangen om tot een functioneel voorstel en/of besluit te komen.
- Is in staat om helder te communiceren (zowel mondeling als schriftelijk) bij deelname aan diverse overlegvormen, bij het begeleiden en instrueren van medewerkers en in contacten met cliënten.

GoA-taken voor operationeel manager

- Faciliteren van de GoA modules.
- Het doorgeven van opleidingsaanmeldingen van potentiële GoA-trainers aan de opleiders.
- Het tijdig sturen op voldoende bezettingsgraad van trainers voor de verschillende modules.
- Verantwoording afleggen voor het draaiend houden van GoA aan de eindverantwoordelijke hoofden van de behandelunits (RvE).

Intervisie

De operationeel managers komen minimaal 5 keer per jaar bijeen voor intervisie, samen met de behandelverantwoordelijken.



trajectum

Managementhandleiding Grip op Agressie



trajectum

Managementhandleiding Grip op Agressie

2 Deelnemers GoA

2.1 Procedures diagnostiek in het kader van selectie

In fase 1 van de klinische behandeling vinden diagnostiek en risicotaxatie plaats met behulp van sociotherapeutische observaties op de observatieafdeling en diagnostisch onderzoek door het (psycho)diagnostiekteam. De informatie die observatie en diagnostiek opleveren wordt, aangevuld met de beschikbare dossierinformatie van de verwijzer, standaard aan het eind van fase 1 ingebracht in het multidisciplinair team (MDT). Het MDT bestaat uit tenminste een GZ-psycholoog, een psychiater, de persoonlijk begeleider (sociotherapeut) van fase 1 en andere bij de cliënt betrokken medewerkers (zoals vaktherapeuten van arbeid en vorming). De GZ-psycholoog van de observatieafdeling is behandelverantwoordelijke en voorzitter van het MDT in fase 1, en beslist uiteindelijk in welk behandelprogramma de cliënt in fase 2 instroomt, bijvoorbeeld GoA. Of de cliënt voldoet aan de selectiecriteria voor GoA, wordt bepaald met behulp van de verkregen diagnostische gegevens (dossier-, test- en observatiegegevens), die zijn verzameld op basis van de geoperationaliseerde selectiecriteria (zie §2.2).

2.2 In- en exclusiecriteria GoA

De volgende in- en exclusiecriteria en operationalisaties zijn opgesteld om ervoor te zorgen dat de doelgroep waarvoor GoA is ontwikkeld instroomt. Een cliënt kan deelnemen aan GoA als hij/zij aan alle inclusiecriteria voldoet en tegelijkertijd niet voldoet aan één van de exclusiecriteria (zie ook Theoriehandleiding §4.1). Het opnamebureau van de instelling en de observatieafdeling (fase 1) leveren cliëntgegevens aan met betrekking tot de selectiecriteria van GoA. Tabel 2 geeft een overzicht van de selectiecriteria, de benodigde selectie-instrumenten en overige bronnen, en de verantwoordelijken voor het verzamelen van de betreffende gegevens voor de cliënt.

Tabel 2. Toeleiding naar GoA: Selectiecriteria, selectie-instrumenten en overige bronnen, en verantwoordelijken voor het aanleveren van de gegevens.

Selectiecriteria cliënten	Instrumenten / bronnen	Verantwoordelijk voor verzamelen gegevens
Inclusiecriteria		
Plaatsing in een (forensische) behandelinstelling met een TBS, PIJ, RM of SGLVG-indicatie	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Resterend verblijf naar verwachting tenminste nog 2 jaar	Dossier en inschatting	Verwijzer, opnamebureau
18 jaar of ouder	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Een LVB	IQ-test	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiekteam)
	SRZ-P	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiekteam)
	NAS-PI/NM	Diagnostiekteam
Agressief gedrag als primair probleemgedrag of als index-delictgedrag	HKT-30	Behandelverantwoordelijke van de kliniek
Gemiddeld of hoog delict- of recidiverisico		
Exclusiecriteria		
Psychiatrische oorzaak van agressief gedrag (bijv. floride psychotische symptomen, schizofrenie)	DSM-IV / DM-ID	Psychiater, behandelverantwoordelijke (o.b.v. MDT)
Niet-aangeboren hersenletsel	DSM-IV as 3	Psychiater, behandelverantwoordelijke
Diagnose psychopathie	PCL-SV en PCL-R	Diagnostiekteam
Niet kunnen profiteren van het leerproces binnen een groep (wegens overmatige angst in aanwezigheid van anderen)	Dossier en observatie	Behandelverantwoordelijke (o.b.v. MDT)
Agressief gedrag heeft alleen plaatsgevonden toen cliënt onder invloed van middelen was	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Agressief gedrag was uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie)	Dossier en observatie	Verwijzer, opnamebureau

Inclusiecriteria voor cliënt:

- Plaatsing in een (forensische) behandelinstelling met een TBS, PIJ, RM of SGLVG-indicatie.
- Resterend verblijf in de instelling duurt naar verwachting tenminste nog 2 jaar. Het MDT van de cliënt maakt deze inschatting op basis van de volledige beschikbare diagnostiek (intake- en observatiegegevens).
- 18 jaar of ouder.
- Een LVB.
Van een LVB wordt gesproken bij een IQ tussen de 50 en 70 òf een IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen.

Het IQ betreft hier het totale IQ dat met een valide en voor Nederland genormeerde intelligentietest is gemeten. Voorbeelden hiervan zijn Nederlandse bewerkingen van de Wechsler Adult Intelligence Scale (de WAIS-III-NL of de WAIS-IV-NL), de Kait-NL (Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test – Nederlandstalige Versie), de SON-R (Snijders-Oomen niet-verbale intelligentietest) en de GIT (Groninger Intelligentietest). Het laatst gemeten totaal IQ mag voor de genoemde instrumenten niet ouder zijn dan 2 jaar. Indien mogelijk wordt gebruik gemaakt van IQ-gegevens die bij het opnamebureau worden aangeleverd door de verwijzer van de cliënt. Indien geen (geldige) IQ-gegevens beschikbaar zijn, draagt het diagnostiekteam zorg voor de afname van een IQ-Test.

Bij een IQ-score tussen de 70 en 85 wordt in aanvulling op de IQ-test voor de selectie met betrekking tot een mogelijke LVB gebruik gemaakt van de Sociale Redzaamheidsschaal-Z (Plus) (SRZ-P; Kraijer, Kema, & De Bildt, 2004). Deze vragenlijst (zie ook Bijlage 1) wordt voor elke cliënt standaard ingevuld bij aankomst in de kliniek, om een indicatie te krijgen van het sociaal aanpassingsvermogen van de cliënt. De schaal bestaat uit 63 dichotoom te scoren items verdeeld over 4 schalen: Zelfredzaamheid I (vooral primaire zorg voor zichzelf), Zelfredzaamheid II (meer naar buiten gerichte zelfredzaamheid) en Verbaal-Numeriek (zaken die betrekking hebben op beelden, getallen, taal of symbolen). Inclusief 16 restitems (vierde schaal) leidt de optelling tot een SRZ-P totaalscore en subschaalscores die worden uitgedrukt in standaardcores van 3 tot en met 9+.

Met behulp van de SRZ-P wil men het adaptief functioneren in kaart brengen, voor omstandigheden zonder opgelegde beperkingen. De antwoorden moeten daarom worden ingevuld voor de situatie waarin de cliënt nog geen vrijheidsbeperking kende. Bij het invullen van de vragenlijst worden daarom twee personen betrokken: een persoonlijk begeleider, ouder of partner vult de SRZ-P in onder begeleiding van de verwijzend gedragswetenschapper, reclasseringswerker, maatschappelijk werker of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het invullen van de lijst vergt ongeveer 15 minuten. De SRZ-P beschrijft de scores voor sociale zelfredzaamheid en presenteert normen (standaardcores). Cliënten die standaardcores tussen 5H en 8L behalen worden

gerekend tot de doelgroep mensen met een lichte verstandelijke beperking. De behandelverantwoordelijke stelt op basis van de scores vast of van een verminderd sociaal aanpassingsvermogen sprake is en de cliënt kan worden geïncludeerd voor dit criterium.

- Agressief gedrag als primair probleemgedrag of als index-delictgedrag.
Hierbij wordt bedoeld op agressief gedrag van de cliënt voorafgaand aan de opname. Voor de meting van het agressieve gedrag wordt standaard gebruik gemaakt van de NAS-PI/NM (zie ook Bijlage 1), een interview dat is gebaseerd op de NAS-PI (Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011; Novaco, 2003). De NAS-PI is een zelfrapportagevragenlijst bestaande uit twee delen, de Novaco Anger Scale (NAS) en de Provocation Inventory (PI; Novaco, 2003). De NAS bestaat uit 48 items waarmee cognitieve, gedragsmatige en emotionele aspecten van boosheid worden gemeten en 12 items voor boosheidregulatie. Met de 25 items van de PI wordt gemeten welke situaties agressie oproepen bij de cliënt. Voor cliënten met een (lichte) verstandelijke beperking is een aangepaste versie van de NAS-PI ontwikkeld, de NAS-PI Northgate Modification (NAS-PI/NM; Novaco & Taylor, 2004; Taylor & Novaco, 2005). Deze wordt gescoord op basis van een gestructureerd interview met de cliënt. Voor de selectieprocedure van GoA wordt het instrument tijdens de observatiefase op basis van dit gestructureerde interview met de cliënt gescoord door een onderzoeksmedewerker.
Novaco en Taylor (2004) vonden voor forensische patiënten met een LVB een gemiddelde score van 92 (N=129; SD=16) op de NAS. Binnen Trajectum is bij Hoeve Boschoord met behulp van de NAS-PI/NM onderzoek gedaan bij alle cliënten met een LVB en agressieproblematiek die in de periode 2008 tot en met 2010 zijn ingestroomd bij GoA. De mate waarin bij hen sprake was van agressie lijkt overeen te komen met de mate van agressie van de bedoelde doelgroep van GoA. De onderzoeksgroep had op de NAS-PI/NM een gemiddelde score van 85 (N=129; SD=15). Voor GoA geldt op basis van bovenstaande bevindingen als inclusiecriterium een score van 55 of hoger (score gebaseerd op 2 SD onder het gemiddelde van 85). De benodigde tijd voor afname en scoring van de NAS-PI/NM bedraagt ongeveer twee keer 45 minuten.
- Gemiddeld of hoog delict- of recidiverisico.
Voor de inschatting van het risico op gewelddadige recidive wordt gebruik gemaakt van het risicotaxatie-instrument HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002). De HKT-30 wordt in de Nederlandse forensische instellingen verplicht gebruikt om op een gestructureerde manier het recidivegevaar voor lange termijn in te schatten, doelend op de periode na de beëindiging van de TBS. De HKT-30 bestaat uit dertig items die zijn verdeeld over drie schalen: Historische en statische indicatoren (11 items), Klinische en dynamische indicatoren (13 items) en Toekomstige situatieve indicatoren (6 items). De H-items betreffen de forensisch psychiatrische levensgeschiedenis, de scores op deze schaal veranderen tijdens de behandeling alleen bij hoge uitzondering. De K-items betreffen de dynamische aspecten in de behandeling 12 maanden vóór de risicotaxatie. De T-schaal heeft betrekking op toekomstige forensisch psychiatrische indicatoren na ontslag van de cliënt. Alle items worden gescoord op een vijfpuntsschaal

(van 0 t/m 4); een hogere score impliceert een groter risico op de indicator. Een matige of hoge score op de combinatie van de H- en K-schaal wijzen op risicovol gedrag bij de cliënt en een gemiddeld of hoog recidiverisico, hetgeen een reden is voor inclusie bij GoA (voor meer informatie over de HKT-30, zie Bijlage 1 en Beoordelings- en evaluatiehandleiding §3.1.2). De HKT-30 wordt tijdens de observatiefase afgenomen door de behandelverantwoordelijke van de afdeling. De afnametijd bedraagt bij forensische cliënten 2 tot 4 uur en bij overige cliënten ongeveer 2 uur.

Exclusiecriteria voor cliënt:

- Floride psychotische symptomen, schizofrenie of niet-aangeboren hersenletsel als oorzaak van agressief gedrag. Bij het classificeren van de psychiatrische stoornissen hanteert de psychiater de DSM-IV (APA, 2000) of DM-ID (Fletcher, Loschen, Stavrakaki, & First, 2007). De psychiater gebruikt het stroomdiagram van deze diagnostische handboeken tijdens de klinische observaties. Hij komt op basis van dit gestructureerde observatietraject tot een classificatie.
- Psychopathie
Om vast te kunnen stellen of er bij de cliënt mogelijk sprake is van psychopathie, wordt in eerste instantie standaard voor elke cliënt op basis van dossieronderzoek als screener de Psychopathy Checklist Short Version (PCL-SV; Hart, Cox & Hare, 1995) ingevuld. Dit instrument bestaat uit 12 vragen, die corresponderen met de PCL-R (zie hieronder). Het invullen ervan wordt gedaan door een diagnosticus en vergt 2 tot 3 uur voor forensische cliënten en 1 tot 2 uur voor overige cliënten. Indien op de PCL-SV hoger wordt gescoord dan 18, geeft dit reden te veronderstellen dat er mogelijk sprake is van psychopathie.

Om vast te kunnen stellen of daadwerkelijk sprake is van psychopathie, wordt vervolgens bij cliënten die hoger dan 18 scoren op de PCL-SV ter verdieping de Nederlandse versie (Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002) van de PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised; Hare, 1991) afgenomen. De PCL-R bestaat uit 20 items die via de afname van een semi-gestructureerd interview en de analyse van dossierinformatie worden gescoord met een driepuntsschaal (0 = 'niet van toepassing'; 1 = 'enigszins van toepassing'; 2 = 'van toepassing'). Als afkappunt wordt voor Nederland gehanteerd dat een PCL-R-score van 26 of hoger wijst op psychopathie (Vertommen e.a., 2002). Ook voor cliënten met LVB wordt dit afkappunt gehanteerd (zie o.a. Morrissey e.a., 2010). Cliënten met een score van 26 of hoger op de PCL-R worden geëxcludeerd van GoA. Het instrument wordt afgenomen door een diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper die een aanvullende opleiding heeft gevolgd voor afname en interpretatie van de PCL-R. De afnameduur van de PCL-R bedraagt in totaal ongeveer 7 tot 8 uur, waarvan het interview ongeveer 2 uur in beslag neemt. De verslaglegging bedraagt eveneens ongeveer 2 uur. Een tweede beoordelaar bekijkt de videoband, hetgeen doorgaans 2 uur duurt. Tenslotte kost het consensusoverleg 1 tot 2 uur.

Voor GoA geldt psychopathie als exclusiecriteria omdat cliënten met psychopathie het groeps- en interactieproces van de training mogelijk verstoren en omdat zij bedreigend over kunnen komen op overige deelnemers.

- Niet kunnen profiteren van het leerproces binnen een groep.
Uit sociotherapeutische observaties op de observatieafdeling in fase 1 van de opname blijkt dat de cliënt dermate angstig is (zeer angstig in aanwezigheid van anderen, en/of zich in interacties met andere cliënten bedreigd voelt), dat deelname aan een groepsproces het leren blokkeert. Nadat dit in kaart is gebracht, worden de bevindingen hieromtrent ingebracht in het MDT. De sociotherapeutische observaties worden getoetst aan de hand van de klinische observaties van de andere leden van het MDT. De behandelverantwoordelijke besluit als voorzitter van het MDT of de cliënt op basis van dit criterium moet worden geëxcludeerd.
- Agressief gedrag heeft alleen plaatsgevonden toen de cliënt onder invloed van middelen was. Voor deze cliënten zijn beter passende programma's beschikbaar, bijvoorbeeld het behandelprogramma Verslaving. Cliëntgegevens over dit criterium blijken uit de observatie en/of staan vermeld in het dossier van de cliënt. Dit criterium wordt standaard getoetst in het MDT van fase 1.
- Agressief gedrag was uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie). Voor deze cliënten zijn beter passende programma's beschikbaar, zoals het behandelprogramma Psychisch kwetsbaren. Cliëntgegevens over dit criterium staan vermeld in het dossier van de cliënt. Dit criterium wordt standaard getoetst in het MDT van fase 1.

2.3 Diagnostiek in het kader van responsiviteit

In fase 1 wordt door de behandelverantwoordelijke van de observatieafdeling de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS; Drieschner & Hesper, 2008) gescoord (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding §3.1 en Bijlage 10). Een selectie van de DROS-items heeft betrekking op de problematiek die binnen GoA wordt behandeld. De scores op deze items geven een beeld van het functioneren van de cliënt op agressie-gerelateerde dynamische risicofactoren, die samenhangen met de programmadoelen van GoA (zie Tabel 3).

Deze gegevens helpen de behandelverantwoordelijke bij het formuleren van de behandeldoelen, die samenhangen met de programmadoelen van GoA.

Elke cliënt die GoA volgt heeft problemen op het gebied van de agressieregulatie. Aan het opheffen van de agressieproblematiek wordt gewerkt via de zes programmadoelen, die logisch volgen uit het verklaringsmodel van agressie, zoals beschreven in hoofdstuk 2 van de Theoriehandleiding. Niet elke cliënt van GoA heeft evenveel moeite met elk programmadoel. Door bij de individuele afstemming van het GoA-programma rekening te houden met de scores op de agressie-gerelateerde DROS-items, wordt zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan de mogelijkheden voor responsiviteit van het programma.

De inhoud en volgorde van de GoA-bijeenkomsten staan vast. De trainers kunnen voor de individuele afstemming zorgen door bij de deelnemers meer aandacht te besteden aan de programmadoelen waar zij de meeste problemen mee hebben. Ze doen dit bijvoorbeeld door in de huiswerkopdrachten specifiek aandacht te besteden aan de programmadoelen waar de cliënt de meeste moeite mee heeft door de bijbehorende vaardigheden uit de trainingsbijeenkomsten extra te laten oefenen. Ook kunnen sociotherapeuten op de leefgroep deze vaardigheden die extra aandacht behoeven met de cliënt extra oefenen, ondersteunen en bekrachtigen (zie ook Theoriehandleiding §4.5).

Daarnaast kan de behandelverantwoordelijke binnen de individuele contactmomenten met de cliënt extra therapeutische ondersteuning bieden met betrekking tot het oefenen van de vaardigheden die extra aandacht behoeven (zie Theoriehandleiding §4.5 en §4.6). De agressiegerelateerde DROS-items worden na de start van GoA standaard eens in de zes maanden door de behandelverantwoordelijke van de cliënt gescoord in het kader van de ROM van de vooruitgang van de cliënt (zie Beoordelings- en Evaluatiehandleiding §3.1.2.2). Indien er teveel tijd – meer dan vier weken – zit tussen de standaard zesmaandelijke afname van de DROS en de afronding van een module, worden de agressiegerelateerde items uit de DROS tussentijds nog eens extra gemeten. De DROS wordt zodoende telkens afgenomen binnen vier weken na afronding van elke module. De informatie die deze DROS-metingen opleveren over de voortgang of eventuele stagnatie op de programmadoelen wordt meegenomen in het tussentijds bijstellen van individuele behandeldoelen en de verdere individuele afstemming binnen de behandeling.

Voor elke cliënt gelden de moduledoelen van GoA. Alle GoA-programmadoelen komen ook bij alle cliënten aan bod, waarbij aan bepaalde programmadoelen van GoA meer wordt gewerkt naar aanleiding van de problematiek en de vooruitgang van de cliënt (zie ook Theoriehandleiding §4.5).



Tabel 3. Programmadoelen GoA en agressiegerelateerde DROS-items in het kader van responsiviteit

DROS-items (scores 1-5) per programmadoel GoA
<p>Programmadoel: Cliënt kent en erkent eigen agressief gedrag</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verantwoordelijkheid nemen (score 1 Ontkent dat er sprake was/is van onaanvaardbaar gedrag, of legt de verantwoordelijkheid voor het gedrag geheel buiten zichzelf. Deze houding lijkt weinig beïnvloedbaar – score 5 Ziet de ernst van het eigen probleemgedrag in. Acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en voor het voorkómen ervan in de toekomst. Dit besef is gevestigd en niet afhankelijk van ondersteuning.)
<p>Programmadoel: Cliënt kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen (score 1 Bagatelliseert sterk het risico op probleemgedrag. Heeft hooguit een vaag besef van risicofactoren. Weet niet wat te doen of laten om problemen te voorkomen. – score 5 Erkent het risico op probleemgedrag. Kent de eigen risicofactoren en -situaties. Herkent signalen voor dreigende terugval, weet in dat geval wat te doen.) • 1.3 Acceptatie van eigen beperkingen / handicaps (score 1 Ontkent eigen beperkingen, afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Heeft hierdoor moeilijk corrigeerbare, onrealistische en potentieel gevaarlijke verwachtingen, ideeën en plannen. – score 5 Heeft een grotendeels realistisch besef van eigen beperkingen en de resulterende afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Wordt hierdoor doorgaans behoed voor onrealistische verwachtingen, ideeën en plannen.)
<p>Programmadoel: Cliënt kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen (score 1 Bagatelliseert sterk het risico op probleemgedrag. Heeft hooguit een vaag besef van risicofactoren. Weet niet wat te doen of laten om problemen te voorkomen. – score 5 Erkent het risico op probleemgedrag. Kent de eigen risicofactoren en -situaties. Herkent signalen voor dreigende terugval, weet in dat geval wat te doen.)
<p>Programmadoel: Cliënt beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6.1 Coping met conflictueuze interacties (score 1 Beschikt al bij geringe conflicten alleen over inadequate handelingsalternatieven waardoor de situatie verergert. Om dit te voorkomen is regelmatig (ongevraagd) ingrijpen van derden nodig. – score 5 Is bij de meeste conflicten zonder (ongevraagd) ingrijpen van derden in staat verergering van de situatie te voorkómen. Probeert doorgaans adequaat tot een oplossing van het conflict te komen, bijv. hulp vragen, uitpraten). • 6.3 Coping met overige stressoren (score 1 Copingvaardigheden schieten al bij geringe stressoren en ondanks ondersteuning tekort. Dit heeft regelmatig (soms ernstige en/of langer aanhoudende) problematische gevolgen. – score 5 Voldoende copingvaardigheden om zelfstandig geringe stressoren en met ondersteuning ook grote stressoren doorgaans zonder problematische gevolgen te doorstaan). • 7.1 Vijandige waarneming en houding (score 1 Schrijft vaak ten onrechte vijandige intenties aan anderen toe. Deze misinterpretatie is nauwelijks corrigeerbaar en leidt tot een (continue) neiging om vijandig te reageren. – score 5 Schrijft hooguit incidenteel ten onrechte onvriendelijke intenties aan anderen toe. Geen algemene neiging om boos of vijandig te reageren.) • 9.1 Impulsiviteit/Ondoordachtheid (score 1 Handelt vaak zonder na te denken uit een opwelling of in reactie op externe triggers en verlokkingen. Laat zich ook door afzienbare ernstige consequenties niet weerhouden om impulsen onmiddellijk te volgen. – score 5 Overweegt doorgaans mogelijke consequenties en houdt rekening met de context alvorens over te gaan tot gedrag. Neemt bij twijfels het zekere voor het onzekere, of heeft geen (sterke) impulsen voor problematisch gedrag.)

DROS-items (scores 1-5) per programmadoel GoA

Programmadoel: Cliënt geeft de voorkeur aan alternatieve technieken boven gebruik van agressief gedrag

- 5.1 Attitude tegenover fysiek geweld
(score 1 Ziet geweld in veel situaties* als legitiem, enige of beste optie. Ziet vooral positieve uitkomsten van geweld en wuift argumenten tegen geweld weg. Zelfbeeld, wordt mede bepaald door affiniteit met geweld.
– score 5 Staat eenduidig negatief tegenover het gebruik van geweld. Deze houding is tamelijk gevestigd. Gebruik van geweld zou tot spijt of innerlijk conflict leiden.)
- 5.2 Egocentrisme
(score 1 Ziet uitsluitend de eigen belangen, gevoelens, wensen en rechten of stelt deze boven alles en acht zich in het recht om die van anderen te minachten. – score 5 Houdt doorgaans rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen.)

Programmadoel: Cliënt verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden

- 5.2 Egocentrisme
(score 1 Ziet uitsluitend de eigen belangen, gevoelens, wensen en rechten of stelt deze boven alles en acht zich in het recht om die van anderen te minachten. – score 5 Houdt doorgaans rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen.)
- 6.3 Coping met overige stressoren
(score 1 Copingvaardigheden schieten al bij geringe stressoren en ondanks ondersteuning tekort. Dit heeft regelmatig (soms ernstige en/of langer aanhoudende) problematische gevolgen. – score 5 Voldoende copingvaardigheden om zelfstandig geringe stressoren en met ondersteuning ook grote stressoren doorgaans zonder problematische gevolgen te doorstaan).
- 12.3 Samenwerkingsvaardigheden
(score 1 Volgt eigen plan en voegt zich niet in een rol in het geheel. Hierdoor ontstaan gauw irritaties en conflicten. Laat zich niet sturen door leidinggevende. Reageert op elke vorm van autoritair gedrag met verzet. – score 5 Gedraagt zich in samenwerking meestal coöperatief en in belang van het geheel. Laat zich sturen door leidinggevende waarbij ook een autoritaire houding niet tot grotere problemen leidt.)

2.4 Groepsgrootte en groepssamenstelling

De GoA modules worden in groepsvorm gegeven. Er wordt gewerkt met kleine groepen van vier deelnemers, omdat personen met een LVB hiervan goed lijken te profiteren. Bij kleine groepen komt de individuele cliënt vaker aan bod, waardoor de stof zorgvuldig op de (programma)doelen en de manier van leren van de individuele deelnemers kan worden afgestemd. Kleine groepen geven de mogelijkheid langer bij de materie stil te staan en stof vaker te herhalen. Een kleiner aantal cliënten betekent ook dat de condities voor aandacht en informatieverwerking zo gunstig mogelijk zijn. De trainers kunnen zo bovendien goed nagaan of de deelnemers de materie hebben begrepen (zie ook Opleidingshandleiding Bijlage 13 en Theoriehandleiding §3.4 en §4.5 voor een uitwerking van individuele aandacht onder 'responsiviteit'). Door te werken met kleine groepen wordt zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan het responsiviteitsprincipe. Procedures met betrekking tot diagnostiek in het kader van responsiviteit zijn beschreven in §2.3.

In het geval er drie deelnemers zijn en voorzien wordt dat er binnen de beperkte periode geen nieuwe aanmelding verwacht kan worden, kan de groep bij uitzondering uit drie deelnemers bestaan. Voor de inhoudelijke uitvoering van het programma heeft dit geen nadelen. De groepssamenstelling is mede afhankelijk van de ontvangen aanmeldingen. In beginsel gelden er geen beperkingen, afgezien van de gestelde selectiecriteria.

3 Implementatie en uitvoering

In dit hoofdstuk worden de randvoorwaarden besproken met betrekking tot de tijdsinvestering voor implementatie en uitvoering. GoA is opgebouwd uit zeven modules. Per module is vastgelegd door welke trainers deze wordt gegeven en hoe lang de uitvoering van de betreffende module binnen het behandelprogramma GoA vergt (zie Tabel 4).

Tabel 4. Modulaire opbouw GoA: modules, duur en verantwoordelijke trainers.

Module	Duur in maanden	Trainers
1. Herkennen van gevoelens 1	4	- 2 trainers (waaronder een vaktherapeut beweging/PMT)
2. Herkennen van gevoelens 2	4	- 2 trainers (waaronder een vaktherapeut drama)
3. Herkennen van gedachten	4	- 2 Trainers
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	3	- 2 Trainers
5. Delictscenario	6	- 2 trainers (waaronder een behandelverantwoordelijke)
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	3	- 2 Trainers
7. Terugvalpreventie	4	- 2 trainers (waaronder een behandelverantwoordelijke)

Het totale behandelprogramma GoA duurt 2 jaar. Dit geeft de cliënt de mogelijkheid veel te oefenen en te herhalen. Tevens maakt de relatief lange duur het mogelijk dat de nieuw te leren inzichten en vaardigheden in kleine proporties kunnen worden aangeboden, voordat ze in groter geheel kunnen worden geïntegreerd. Dit sluit aan bij de leerstijl van cliënten met een LVB.

Als de cliënt aan GoA begint betekent dit dus zowel voor de cliënt als voor de trainers een investering in tijd, alsmede voor andere betrokkenen zoals de persoonlijk begeleider van de leefgroep. Hierover moet vooraf goed overleg plaatsvinden om vast te kunnen stellen of dit haalbaar is. Als men bij voorbaat al weet dat een cliënt het programma niet af kan maken dient niet geadviseerd te worden het programma te starten. Van incomplete programma's kan niet hetzelfde effect worden verwacht en uitval van deelnemers kan het groepsproces voor anderen verstoren.

3.1 Programmaplanning en tijdsinvestering cliënten

De doorlooptijd van het totale programma bedraagt 24 maanden. De cliënten volgen gemiddeld eens per week bijeenkomsten van GoA modules en krijgen daarbij huiswerkopdrachten mee. Gedurende het programma vinden voor module 1 tot en met 7 in totaal 100 bijeenkomsten van 90 minuten plaats en worden 89 huiswerkopdrachten uitgedeeld (zie Tabel 5). Daarnaast wordt parallel de training sociale vaardigheden gevolgd (zie Programmahandleiding §2.14).

Tabel 5. Modules GoA en tijdsinvestering cliënten.

GoA module	Aantal bijeenkomsten, huiswerk en tijdsduur
1. Herkennen van gevoelens 1	15 bijeenkomsten van 90 minuten 10 huiswerkopdrachten van 30 minuten
2. Herkennen van gevoelens 2	15 bijeenkomsten van 90 minuten 14 huiswerkopdrachten van 30 minuten
3. Herkennen van gedachten	11 bijeenkomsten van 90 minuten 10 huiswerkopdrachten van 30 minuten
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	16 bijeenkomsten van 90 minuten 15 huiswerkopdrachten van 30 minuten
5. Delictscenario	16 bijeenkomsten van 90 minuten 15 huiswerkopdrachten van 30 minuten
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	11 bijeenkomsten van 90 minuten 10 huiswerkopdrachten van 30 minuten
7. Terugvalpreventie	16 bijeenkomsten van 90 minuten 15 huiswerkopdrachten van 30 minuten
Totaal GoA	100 bijeenkomsten van 90 minuten 89 huiswerkopdrachten van 30 minuten

Huiswerkopdrachten

In GoA zijn per bijeenkomst huiswerkopdrachten voor cliënten opgenomen. Het gaat in module 3, 4, 6 en 7 (Herkennen van gedachten, Omgaan met boosheid en agressie 1 en 2, en Terugvalpreventie) om specifieke huiswerkopdrachten die de cliënt samen met zijn persoonlijk begeleider binnen de leefgroep voorbereidt. De huiswerkopdrachten zijn voor de cliënt uitgewerkt in het Deelnemersboek (zie Programmahandleiding). Op de huiswerkopdrachten wordt steeds in de volgende bijeenkomst teruggekomen. In de andere modules gaat het om het oefenen van nieuwe vaardigheden door de cliënt op de leefgroep. Herhaling van hetgeen in de bijeenkomsten is geleerd staat hier centraal. Voor het maken van huiswerkopdrachten wordt per keer 30 minuten gereserveerd.

3.2 Programmaplanning, overlegvormen en tijdsinvestering medewerkers

Planning en tijdsinvestering programmamedewerkers

Van de verschillende programmamedewerkers investeren de trainers de meeste uren in GoA (zie Tabel 6 voor tijdsinvestering trainers). Naast dat ze bij de bijeenkomsten aanwezig zijn hebben ze tijd nodig voor voorbereiding en voor communicatie van bevindingen aan het team.

Tabel 6. Modules GoA en tijdsinvestering trainers GoA.

Module	Trainers	Tijdsinvestering per trainer
1. Herkennen van gevoelens 1	2 trainers, waaronder vaktherapeut beweging/PMT	Bijeenkomsten 15 x 90 min. <u>Voorbereiding en communicatie 15 x 30 min.</u> Totaal = 1800 min. = 30 uur
2. Herkennen van gevoelens 2	2 trainers, waaronder vaktherapeut drama	Bijeenkomsten 15 x 90 min. <u>Voorbereiding en communicatie 15 x 30 min.</u> Totaal = 1800 min. = 30 uur
3. Herkennen van gedachten	2 Trainers	Bijeenkomsten 11 x 90 min. <u>Voorbereiding en communicatie 11 x 30 min.</u> Totaal = 1320 min. = 22 uur
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	2 Trainers	Bijeenkomsten 16 x 90 min. <u>Voorbereiding en communicatie 16 x 30 min.</u> Totaal = 1920 min. = 32 uur
5. Delictscenario	2 trainers, waaronder behandel-verantwoordelijke	Bijeenkomsten 16 x 90 min. <u>Voorbereiding en communicatie 16 x 30 min.</u> Totaal = 1920 min. = 32 uur
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	2 Trainers	Bijeenkomsten 11 x 90 min. <u>Voorbereiding en communicatie 11 x 30 min.</u> Totaal = 1320 min. = 22 uur
7. Terugvalpreventie	2 trainers, waaronder behandel-verantwoordelijke	Bijeenkomsten 16 x 90 min. <u>Voorbereiding en communicatie 16 x 30 min.</u> Totaal = 1920 min. = 32 uur

Overlegvormen en communicatie medewerkers

Een goede communicatie is uiteraard erg belangrijk voor de medewerkers. Samen werken zij aan een specifiek doel voor de deelnemers en vooruitgang van de deelnemer is voor medewerkers een motiverende factor. Basisvoorwaarde voor het goed uitvoeren van het programma is een goede onderlinge afstemming. Dit wordt toegelicht in Hoofdstuk 1 en 3.

De informatie die observatie en diagnostiek opleveren wordt, aangevuld met de beschikbare dossierinformatie van de verwijzer, standaard aan het eind van fase 1 ingebracht in het multidisciplinair team (MDT). Het MDT bestaat uit tenminste een GZ-psycholoog, een psychiater, de persoonlijk begeleider (sociotherapeut) van fase 1 en andere bij de cliënt

betrokken medewerkers (zoals begeleiders van arbeid en vorming). De GZ-psycholoog van de observatieafdeling is behandelverantwoordelijke en voorzitter van het MDT in fase 1, en beslist uiteindelijk in welk behandelprogramma de cliënt in fase 2 instroomt, bijvoorbeeld GoA.

Voor aanvang van GoA nodigen de trainers en de behandelverantwoordelijke de persoonlijk begeleider uit voor overleg over de werkwijze m.b.t. GoA. De persoonlijk begeleider krijgt hierbij duidelijkheid over zijn taken en hem wordt uitgelegd hoe een en ander is georganiseerd met betrekking tot werkbegeleiding en supervisie. De persoonlijk begeleider steunt de cliënt bij het maken van de huiswerkopdrachten en het oefenen op de leefgroep. Hij vervult hiermee een zeer belangrijke functie voor de cliënt.

3.3 Registratie, rapportage, evaluatie van het geleerde en afronding modules

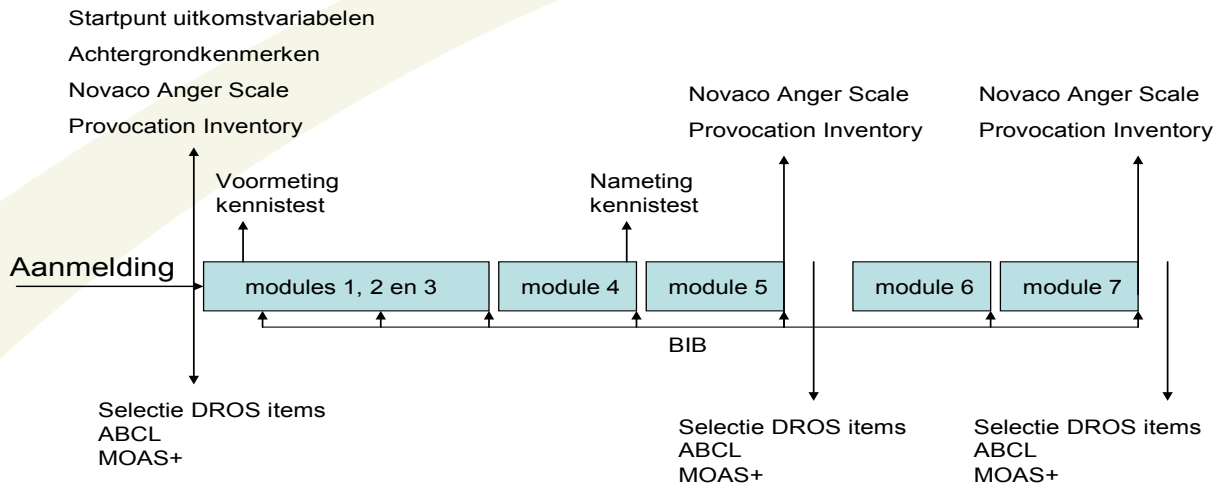
Registratie en rapportage

De trainers houden de aanwezigheid van de deelnemers bij op de Deelnemers- en presentielijst GoA (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding Hoofdstuk 2 en Bijlage 1). Hiernaast rapporteren zij per cliënt middels de Individuele deelnemerskaarten na elke bijeenkomst aan de behandelverantwoordelijke van de deelnemer en de persoonlijk begeleider. Aan het eind van elke module maken ze per deelnemer een individueel Eindverslag (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Hoofdstuk 2 en Bijlage 1, 2 en 4), en dragen dit over aan de behandelverantwoordelijke van de cliënt. In dit Eindverslag worden de vorderingen op de moduledoelen weergegeven, hetgeen de persoonlijk begeleider en de behandelverantwoordelijke inzicht geeft in de behandelprogressie. De behandelprogressie loopt samen op met de voortgang op de modules.

Evaluatie van het geleerde en afronding van modules

De voortgang van de cliënt op de programmadoelen wordt doorlopend gemonitord, onder andere na afronding van modules met behulp van de DROS (zie §3.4). Als onderdeel van de kwalitatieve evaluatie wordt voor de cliënt per module de Individuele deelnemersvolgkaart (zie boven) bijgehouden, waarna mede hierop gebaseerd aan het eind van elke module met de cliënt het individueel Eindverslag (zie boven) per module GoA wordt opgesteld. Dit Eindverslag geeft na afronding van de module, soms aangevuld met een toets, een beeld van het behandelresultaat van de cliënt op de moduledoelen. In de Eindverslagen wordt ook aandacht besteed aan de kwantitatieve evaluatie, die wordt uitgevoerd met behulp van verschillende meetinstrumenten, die eveneens op meerdere momenten worden afgenomen. Zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding §3.1 voor meer informatie over de beoordeling en evaluatie.

In Figuur 1 wordt een overzicht gegeven van de aanmelding en het (module)verloop van GoA. In de figuur is ook aangegeven wanneer de diverse meetinstrumenten voor de evaluatie van de geleerde vaardigheden worden afgenomen.



Figuur 1. Verloop GoA: aanmelding, modules en metingen.

Als er sprake is van stagnatie of onvoldoende vooruitgang op de moduledoelen, dan wordt dit door de behandelverantwoordelijke vertaald naar een verdere specificatie van de individuele behandeldoelen. De behandelverantwoordelijke kan met behulp van therapeutische gesprekken aansluiten op de vaardigheden en inzichten waarop de cliënt geen of te weinig vooruitgang boekt (zie ook Theoriehandleiding §4.5). Daarnaast kan stagnatie op bepaalde doelen betekenen dat de contextuele ondersteuning moet worden geïntensiveerd, zowel in de huidige leefomgeving van de cliënt (de in meer of mindere mate beveiligde leefgroep) als na afronding van het programma middels (blijvende) ondersteuning in het kader van nazorg (zie §3.6).

De voortgang binnen het programma van GoA is individueel bepaald. De modules worden door alle deelnemers even snel doorlopen, volgens de standaardplanning van de module. De periode tussen het beëindigen van een module en het starten van de vervolgmodule kan voor een individuele deelnemer minder snel of vertraagd verlopen ten opzichte van de overige deelnemers van GoA. Een (eventueel vertraagde) voortgang tussen de modules hangt samen met de problematiek van de cliënt, diens vooruitgang op de programmadoelen van GoA en de daarmee samenhangende motivatie en inzet. De behandelverantwoordelijke bepaalt aan het einde van een module op basis van de bovengenoemde kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie of, en zo ja wanneer, de cliënt over gaat naar de volgende module. Aan het eind van de laatste module (module 7, Terugvalpreventie) bepaalt de behandelverantwoordelijke of GoA als geheel kan worden afgerond. De behandelverantwoordelijke kan vervolgens vaardigheden die extra aandacht behoeven blijven benadrukken middels de behandeldoelen binnen de individuele klinische behandeling en het sociotherapeutisch milieu. De inhoud en vorm van GoA voldoen op deze wijze aan het responsiviteitsprincipe (zie ook §3.4).

Elke module wordt bij goed gevolg afgesloten met de uitreiking van een certificaat. Voor de aanmelding van elke nieuwe GoA-module wordt gebruik gemaakt van het aanmeldingsformulier module GoA (zie Bijlage 2).

3.4 Randvoorwaarden m.b.t. aanwezigheid, opdrachten, motivatie voor behandeling en uitsluiting

Alle cliënten worden vooraf door de trainers geïnformeerd over de *aanwezigheidsplicht* en het verplicht maken van *huiswerk*. Elke cliënt mag per module maximaal twee bijeenkomsten verzuimen, onder voorwaarde dat deze bijeenkomsten individueel worden ingehaald bij de trainers van de module. Huiswerkopdrachten dienen altijd te worden gemaakt, bij afwezigheid schuift het huiswerk door naar de volgende bijeenkomst. Indien de cliënt zijn huiswerk meer dan twee keer niet heeft gemaakt, volgt uitsluiting van de module.

De cliënt moet bij verzuim zelf (ondersteund door de persoonlijk begeleider) de trainer afbellen. De persoonlijk begeleider dient de afmelding van de cliënt aan de behandelverantwoordelijke van de cliënt te bevestigen via een bericht of telefoontje. Iedere afwezigheid wordt zo gerapporteerd aan de persoonlijk begeleider en aan de behandelverantwoordelijke van de cliënt.

Als de cliënt meer dan twee keer afwezig is geweest (zoals blijkt uit de Deelnemers- en presentielijst GoA, zie §3.3) volgt een gesprek met hem, waarbij de afwezigheid wordt geanalyseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de periodieke afnames van de Beoordelingslijst Inzet voor de behandeling (BIB; zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding §2.1 en Bijlage 3) om het aandeel van de motivatie van de cliënt in kaart te brengen.

De cliënt krijgt de mogelijkheid om de achterstanden volgens afspraak in te halen. Hiertoe kunnen afspraken worden gemaakt met de trainers. Aan de hand van een kort gesprek met de cliënt, waarbij ook de resultaten op de BIB worden besproken, constateren de trainers en de cliënt in samenspraak of de cliënt hiertoe voldoende gemotiveerd is. Indien men op basis hiervan geen mogelijkheden meer ziet om de module te continueren, dan kan door de trainers in overleg met de persoonlijk begeleider, de behandelverantwoordelijke van de cliënt en de programmaleider worden besloten tot (tijdelijke) uitsluiting van GoA. Dat kan bijvoorbeeld wanneer de cliënt totaal niet gemotiveerd is of de stof van de module op dit moment wegens persoonlijke psychische of emotionele destabiliserende factoren niet tot zich kan nemen. De genoemde medewerkers besluiten ook of een uitgesloten cliënt het programma mogelijk kan voortzetten vanaf de eerstvolgende keer dat de module weer wordt aangeboden binnen de instelling. Indien daartoe wordt besloten, wordt ook vastgelegd welke voorwaarden daarbij gelden voor de cliënt. De modules worden binnen de instelling meerdere keren per jaar aangeboden om onnodige wachttijden zoveel mogelijk te minimaliseren.

3.5 Evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA

De uitvoering van de behandelprogramma wordt door de trainers structureel gemonitord ter evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA (zie

Beoordelings- en evaluatiehandleiding, §2.2). De trainers vullen hiertoe na afloop van elke trainingsbijeenkomst de Evaluatielijst trainers GoA in (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Bijlage 5). De ingevulde Evaluatielijsten worden overgedragen aan de opleider. Tijdens de module is de opleider bovendien voor elke trainer aanwezig bij een van diens trainingsbijeenkomsten. Hij observeert en vult dan de gestructureerde Monitoringslijst voor opleiders en trainers in (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Bijlage 6). De opleider beoordeelt met behulp van deze gestructureerde beoordelingsmethode de trainers op kwaliteit met betrekking tot de uitvoering van GoA, voortgang op de aandachtspunten die naar voren kwamen tijdens de opleiding, programma-integriteit en responsiviteit. Na afloop van de bijeenkomst bespreken de opleider en de trainer aan de hand van de monitoringslijst hoe de bijeenkomst is verlopen. De trainer voegt hierbij zijn eigen bevindingen toe aan de monitoringslijst.

3.6 Continuïteit en nazorg na afronding van het programma

Omdat een kenmerk van een LVB is dat deze chronisch is, is het belangrijk voor de langere termijn een ondersteunend systeem rondom de cliënt te organiseren (zie ook de balans draagkracht en draaglast in Theoriehandleiding §4.3 en Programmahandleiding §2.15). Dit kan vorm krijgen binnen een woonvorm van de instelling of daarbuiten (langdurig verblijf). Ook kan het (in verreweg de minderheid van de gevallen) gaan om een vorm van ambulante woonbegeleiding bij zelfstandige huisvesting. Afhankelijk van de mate waarin de cliënt de programmadoelen van GoA behaalt (zie §3.3), kunnen voor de vervolgsetting/zorgstructuur doelen worden geformuleerd om de protectieve factoren in het systeem rondom de cliënt te versterken. Dit is de contextuele ondersteuning in het kader van nazorg, waarover in Theoriehandleiding §4.3 wordt gesproken. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn het systeem zorg te laten dragen voor of te laten ondersteunen bij bepaalde vaardigheden die de cliënt zelfstandig niet kan uitvoeren.

Tijdens GoA wordt nadrukkelijk gewerkt aan de voorbereiding van de periode na afronding van het behandelprogramma. Gedurende het gehele programma leert de cliënt vaardigheden ter voorkoming van terugval in agressief (delict)gedrag. In module 7 Terugvalpreventie gaat het om een integratie van hetgeen de cliënt heeft geleerd in de voorgaande modules. Er worden afspraken gemaakt met zowel de cliënt als de begeleiders van de vervolgvoorziening over hoe te handelen in bepaalde situaties of bij opkomende spanning (arousal) en agressief gedrag. Het Signaleringsplan van de cliënt is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Dit plan wordt samen met de cliënt opgesteld. Het is een document waarin de opbouw van stress is beschreven en vertaald in waarneembaar gedrag. Daarbij is omschreven welke acties van de cliënt zelf en welke van de omgeving wenselijk zijn om passend te reageren op spanning (arousal), teneinde verdere agressie-opbouw te voorkomen en zo spoedig mogelijk het contact met de cliënt te kunnen herstellen. De Eerste Hulp Kaart, waarin in korte bewoordingen omschreven staat wat de cliënt moet doen als hij verhoogde spanning (arousal) ervaart of in een situatie terecht komt die voor hem te lastig is, is onderdeel van het Signaleringsplan. De Eerste Hulp Kaart is een soort 'spiekbriefje' voor de cliënt bij stressvolle gebeurtenissen.

De generalisatie van nieuwe binnen GoA aangeleerde vaardigheden gaat tijdens de eerdere GoA-modules gepaard met veel oefening en herhaling van aan te leren gedrag binnen de leefgroep (zie uitwerking relatie sociotherapeutisch milieu en GoA in Programmahandleiding §2.15). Als deze vaardigheden binnen de leefgroep (module 1 t/m 5) zijn geoefend en herhaald, volgen module 6 en 7 in een beveiligde situatie met toegenomen (fysieke) bewegingsvrijheid. Binnen module 7 Terugvalpreventie vindt de toetsing en controle van de geïntegreerde vaardigheden plaats. Als de toetsing positief uitvalt, de cliënt zijn eigen risico's en signalen voor terugval herkent en adequaat met deze risico's kan omgaan of een passende hulpvraag kan stellen aan mensen uit zijn omgeving, kan de module Terugvalpreventie en daarmee GoA worden afgesloten. Vervolgens kan worden overgegaan naar de volgende fasen van de klinische behandeling, waarin resocialisatie en (algehele) nazorg centraal staan. Vanaf dat moment worden de afspraken in het (GoA-)Signaleringsplan van de cliënt overgedragen aan de persoonlijk begeleider van de cliënt en op termijn aan de begeleiders binnen zijn toekomstige woonvorm. In de overdracht naar een vervolg woon-/zorgvoorziening wordt veel aandacht besteed aan het informeren van de nieuwe begeleiders over de risicosituaties en -signalen van de cliënt om terugval in het delict- en/of probleemgedrag te voorkomen. Zorgvuldige overdracht van het Signaleringsplan van de cliënt is hierbij van groot belang.



Referenties

- American Psychiatric Association (APA; 2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Authors.
- Drieschner, K., & Hesper, B. (2008). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., & First, M. (Eds.) (2007). *Diagnostic Manual -- Intellectual Disability (DM-ID): A Clinical Guide for Diagnosis of Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability*. Kingston, NY: NADD Press.
- Hare, R. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, CA: Multi-Health Systems.
- Hart, S., Cox, D., & Hare, R. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL-SV)*. Toronto, Ontario: Multi Health Systems.
- Hornsveld, R., Muris, P., & Kraaimaat, F. (2011). The Novaco Anger Scale–Provocation Inventory (1994 version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment*, 23, 937-944.
- Kraijer, D., Kema, G., & De Bildt, A. (2004). *SRZ en SRZ-i Sociale Redzaamheidsschalen: handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Morrisey, C., Cooke, D., Michie, C., Hollin, C., Hogue, T., Lindsay, W., & Taylor, J. (2010). Structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist – Revised to offenders with intellectual disabilities. *Assessment*, 17, 16-29.
- Novaco, R. (2003). *The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Novaco, R., & Taylor, J. (2004). Assessment of anger and aggression in male offenders with developmental disabilities. *Psychological Assessment*, 16, 42-50.
- Taylor, J., & Novaco, R. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities: a theory, evidence and manual based approach*. Chichester: Wiley.
- Vertommen, H., Verheul, R., De Ruiters, C., & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R) [The revised version of Hare's Psychopathy Checklist (PCL-R)]*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie. (2002). *Handleiding HKT-30 (versie 2002)*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.



trajectum

Managementhandleiding Grip op Agressie

Bijlage 1 Beschrijving selectie-instrumenten GoA

Dynamic Risk Outcome Scales (DROS)

De DROS is een voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking ontwikkeld instrument voor de beoordeling van dynamische risicofactoren van (externaliserend) delictgedrag (Drieschner & Hesper, 2008). De schaal heeft 43 items verdeeld over 15 schalen. De DROS wordt gescoord door de verantwoordelijke behandelaar op basis van alle beschikbare informatie. Voor de evaluatie van het effect van GoA worden 10 items gebruikt die aansluiten bij de programmadoelen. Eigen onderzoek op basis van ROM data laat een goede interne consistentie zien van de 10 items (alpha .88). De test-heretestbetrouwbaarheid (6 maanden) voor de 10 items als geheel was .73 en gemiddeld .63 voor de afzonderlijke items. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC) voor de 10 items was .78 en gemiddeld .50 voor de afzonderlijke items. De DROS items zijn gevoelig voor verandering (Drieschner, Marrozos, & Regenboog, 2013). De constructvaliditeit van de 10 items blijkt uit de correlaties van gemiddeld .53 met de scores van de inhoudelijke verwante items van de K- en T-schalen van de HKT-30 (zie onder). De criterium validiteit wordt ondersteund door het feit dat de totaalscore van de 10 items een significante voorspeller is van de frequentie van agressie op de leefgroep als gemeten met de MOAS+. Spearman correlaties zijn respectievelijk .30 voor fysiek agressieve incidenten en .40 voor alle incidenten. Er is (indirecte) evidentie voor de voorspelling van delictrecidive in de vorm van correlaties van respectievelijk .82 (DROS totaalscore) en .78 (totaalscore 10 items) met de score van de K-schaal van de HKT-30, die op haar beurt delictrecidive voorspelt.

Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30)

De HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002) is een instrument om het risico op gewelddadige recidive in te schatten. De HKT-30 heeft 30 items die zijn verdeeld over drie schalen: Historische en statische (11 items), Klinische en dynamische (13 items) en Toekomstige situatieve indicatoren (6 items). De H-items betreffen de forensisch psychiatrische levensgeschiedenis, de scores op deze schaal veranderen tijdens de behandeling alleen bij hoge uitzondering. De K-items betreffen de dynamische aspecten in de behandeling 12 maanden vóór de risicotaxatie. De T-schaal heeft betrekking op toekomstige forensisch psychiatrische indicatoren na ontslag van de cliënt. Items worden gescoord op een Likert-type vijfpuntsschaal van 0 tot 4; hoe hoger de score, des te groter het risico voor de betreffende indicator.

Resultaten van een onderzoek door Canton e.a. (2004) onder 123 personen over wie in de jaren 1993-1995 pro Justitia is gerapporteerd wezen uit dat de predictieve validiteit van de HKT-30 (totaalscore) voor ernstige recidive (levensdelicten, zedendelicten, brandstichting, diefstal met geweld, zware mishandeling) redelijk goed is.

Hildebrand e.a. (2005) onderzochten te betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HKT-30, HCR-20 en PCL-R bij 156 mannelijke patiënten die waren veroordeeld voor een gewelddadig niet-seksueel delict. De predictieve validiteit van de HKT-30 bleek goed (AUC .72). De interne consistentie van de subschalen was goed tot uitstekend, met alpha's van

.61 (Historische items), .86 (Klinische items) en .90 (Toekomst items). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was over het geheel genomen goed te noemen. De Intra Class Coëfficiënt (ICC) bedroeg .77 voor de totaalscore en .87 (Historisch), .68 (Klinisch) en .65 (Toekomst) voor de subschalen. Opgemerkt dient te worden dat de ICC voor sommige items slecht was.

Er is nog nauwelijks onderzoek gedaan naar de psychometrische kenmerken van de HKT-30 (naast de PCL-R en HCR-20) bij gebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. Augustinus (2006) analyseerde data van 116 mannelijke ex-tbs-gestelden die waren veroordeeld voor niet-seksuele gewelddadige delicten. Van deze groep hadden 44 patiënten een IQ lager dan 90 of de classificatie zwakbegaafdheid. De predictieve validiteit van de HKT-30 bleek bij deze groep redelijk tot goed te zijn (AUC .72).

Novaco Anger Scale/Provocation Inventory Northgate Modification (NAS-PI/NM)

De NAS-PI is een zelfrapportage vragenlijst die uit 2 delen bestaat: de Novaco Anger Scale (NAS) en de Provocation Inventory (PI) (Novaco, 2003). De NAS bestaat uit 48 items waarmee cognitieve, gedragsmatige en emotionele aspecten van boosheid worden gemeten. Antwoorden worden gescoord op een 3-puntsschaal: 'nooit waar', 'soms waar', 'niet waar'. Met de 25 items van de PI wordt gemeten welke situaties agressie oproepen bij de cliënt. Op een 4-puntsschaal geeft de respondent aan hoe kwaad hij in een situatie kan worden: 'helemaal niet', 'beetje', 'behoorlijk', 'erg'. Voor de Engelse versie van de NAS werden goede interne consistentie, goede test-hertest betrouwbaarheid en goede concurrente en predictieve validiteit gevonden (zie Novaco, 2003). In een Nederlands onderzoek met een forensische populatie zijn ook voor de afzonderlijke schalen van de NAS goede waarden voor de interne consistentie (α 's > .80) en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC's > .70) gevonden (Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011). Onderzoek heeft ook aangetoond dat de NAS congruente validiteit bezit; er zijn hoge correlaties gevonden tussen de scores op de NAS en scores op andere instrumenten die boosheid en agressie meten (zie o.a. Baker, Van Hasselt, & Sellers, 2008).

Voor cliënten met een lichte verstandelijke beperking is een aangepaste versie ontwikkeld: de NAS-PI Northgate Modification (NAS-PI/NM; Novaco & Taylor, 2004). De NAS-PI/NM wordt gescoord op basis van een interview met de cliënt. Een onderzoek onder 129 mannelijke patiënten (forensisch) met een lichte verstandelijke beperking liet een goede interne consistentie (α .92 voor zowel de NAS/NM als de PI/NM) en een bevredigende test-hertest betrouwbaarheid (ICC .52 voor de NAS/NM en ICC .57 voor PI/NM) zien (Novaco & Taylor, 2004). Novaco en Taylor (2004) vonden voor de forensische patiënten met een LVB een gemiddelde score van 92 ($N=129$; $SD=16$) op de NAS. Binnen Trajectum is bij Hoeve Boschoord met behulp van de NAS-PI/NM onderzoek gedaan bij alle cliënten met een LVB en agressieproblematiek die in de periode 2008 tot en met 2010 zijn ingestroomd bij GoA. Zij hadden op de NAS-PI/NM een gemiddelde score van 85 ($N=129$; $SD=15$). De benodigde tijd voor afname en scoring van de NAS-PI/NM bedraagt ongeveer 2 x 45 minuten.

Psychopathy Checklist Short Version (PCL-SV)

De PCL-SV (Hart, Cox, & Hare, 1995) is een verkorte versie van de PCL-R (zie onder), die ook wel screener wordt genoemd. Deze versie bevat 12 items verdeeld over twee factoren die corresponderen met de 2 factoren van de PCL-R. Resultaten van een factoranalyse suggereren een 3 of 4-factoren model in plaats van een 2-factoren model (zie Guy & Douglas, 2006). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de screener blijkt goed te zijn, evenals de interne consistentie van de 2 factoren (Douglas e.a., 2005). Guy en Douglas (2006) vonden hoge correlaties van $r = .87$ tot $r = .95$ tussen de (sub)schalen van de PCL-R en de PCL-SV. Als cut-off score van de PCL-SV wordt doorgaans 18 gehanteerd (Guy & Douglas, 2006), waarbij een score hoger dan 18 reden geeft te veronderstellen dat er mogelijk sprake is van psychopathie.

Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R)

De PCL-R meet de aanwezigheid en ernst van psychopathie (Hare, 2003; geautoriseerde Nederlandstalige versie: Vertommen e.a., 2002). De lijst bestaat uit 20 items waarvan 17 kunnen worden ondergebracht in twee factoren: (1) egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen, en (2) chronisch impulsief en antisociaal gedrag. Items worden gescoord op een 3-puntsschaal: '0' (item is niet van toepassing), '1' (item is in een aantal opzichten van toepassing) en '2' (item is van toepassing). De PCL-R wordt in een semi-gestructureerd interview afgenomen; tevens wordt het dossier doorgenomen. In afwijking van Hare's richtlijn (*cut-off* 30) wordt in Nederlands onderzoek vaak een *cut-off* score gehanteerd van 26 (Hildebrand e.a., 2004) die wijst op de aanwezigheid van psychopathie. Vertommen e.a. (2002) vonden steun voor de betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de PCL-R en bevestigden de tweefactoren structuur. Als afkappunt wordt voor Nederland gehanteerd dat een PCL-R score van 26 of hoger voor het interview wijst op psychopathie. Voor mensen met een LVB wordt eveneens een afkappunt van 26 gehanteerd (zie o.a. Morrissey e.a., 2010).

Onderzoek laat zien dat het discriminerend vermogen van de PCL-R redelijk is (Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2003, 2004). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Nederlandse versie van de PCL-R is goed (Hildebrand, De Ruiter, De Vogel, & Van der Wolf, 2002).

Lindsay e.a. (2006) vonden een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de PCL-R bij 212 volwassen mannen met een lichte verstandelijke beperking afkomstig van drie forensische psychiatrische centra. Een hoge betrouwbaarheid (ICC .89) werd ook gevonden door Morrissey e.a. (2010). Morrissey (2003) heeft richtlijnen geformuleerd voor de afname van de PCL-R bij mensen met een LVB.

Sociale Redzaamheidsschaal-Z (Plus) (SRZ-P)

De SRZ-P meet de sociale redzaamheid van personen van 12 jaar en ouder die functioneren op tenminste het niveau van een matige verstandelijke beperking tot en met een lichte verstandelijke beperking/zwakbegaafdheid. De schaal bestaat uit 63 dichotoom te scoren items verdeeld over 4 schalen: Zelfredzaamheid I (vooral primaire zorg voor zichzelf),

Zelfredzaamheid II (meer naar buiten gerichte zelfredzaamheid) en Verbaal-Numeriek (zaken die betrekking hebben op beelden, getallen, taal of symbolen). Inclusief 16 restitems (vierde schaal) leidt de optelling tot een SRZ-P totaalscore en subschaalscores die worden uitgedrukt in standaardscores van 3 tot en met 9+.

De betrouwbaarheid, criterium/begripsvaliditeit en normen zijn door de COTAN (2006) als 'goed' beoordeeld. Onderzoek naar de SRZ-P laat een goede test-hertest, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en interne consistentie zien (zie Kraijer & Kema, 2004). De interne consistentie (alpha) van de SRZ-P voor de totale schaal is .93. Voor de subschalen varieert de interne consistentie tussen .80 en .91. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de totale schaal (r) is .93. Voor de subschalen varieert de correlatie (r) tussen .74 en .93 (Evers, Van Vliet & Groot, 2000). Tussen mannen en vrouwen werden voor sociale zelfredzaamheid geen verschillen gevonden, er zijn voor hen daarom geen aparte normen opgesteld (Evers e.a., 2000). Cliënten die standaardscores tussen 5H en 8L behalen (scores gebaseerd op range van 2 SD onder tot 2 SD boven het gemiddelde van 6.33 ($SD = 1.33$)) worden gerekend tot de doelgroep van mensen met een lichte verstandelijke beperking. Cliënten die volgens een IQ test zwakbegaafd zijn, behalen doorgaans een standaardscore vanaf 8L (tot en met 9+), bij een standaardscore lager dan 5H wijst de IQ-test doorgaans op een matige verstandelijke beperking.

De SRZ-P is in 2006 gebruikt om de doelgroep van de Borg behandelklinieken te beschrijven (Tenneij & Koot, 2006).

Referenties

- Augustinus, F. (2006). *Intelligentie, recidive en risicotaxatie. Afstudeerscriptie*. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Baker, M., Van Hasselt, V., & Sellers, A. (2008). Validation of the Novaco Anger Scale in an incarcerated offender population. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 741-754.
- Canton, W., Van der Veer, T., Panhuis, P., Verheul, R., & Van den Brink, W. (2004). De voorspellende waarde van risicotaxatie bij de rapportage pro Justitia: Onderzoek naar de HKT-30 en de klinische inschatting. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 46*, 525-535.
- Douglas, K., Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G., & Levander, S. (2005). Reliability and validity evaluation of the psychopathy checklist: Screening version (PCL-SV) in Swedish correctional and forensic psychiatric samples. *Assessment, 12*, 145-161.
- Drieschner, K., & Hesper, B. (2008). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner, K., Marrozos, I., & Regenboog, M. (2013). Prevalence and risk factors of inpatient aggression by adults with intellectual disabilities and severe challenging behaviour: A long-term prospective study in two Dutch treatment facilities. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 2407-2418.
- Evers, A., van Vliet-Mulder, J., & Groot, C. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland (deel I en II)*. Assen: Van Gorcum.
- Guy, L., & Douglas, K. (2006). Examining the utility of the PCL-SV as a screening measure using competing factor models of psychopathy. *Psychological Assessment, 18*, 225-230.
- Hart, S., Cox, D., & Hare, R. (1995). *The Hare Psychopathy Checklist: Screening Version (PCL-SV)*. Toronto, Ontario: Multi Health Systems.
- Hare, R. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist – Revised (2nd ed.)*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.

- Hildebrand, M., De Ruiter, C., De Vogel, V., & Van der Wolf, P. (2002). Reliability and factor structure of the Dutch language version of Hare's Psychopathy Checklist- Revised. *International Journal of Forensic Mental Health, 1*, 139-154.
- Hildebrand, M., De Ruiter, C., & De Vogel, V. (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na tbs: de relatie met psychopathie en seksuele deviatie. *De Psycholoog, 38*, 114-124.
- Hildebrand, M., De Ruiter, C., & De Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and non-sexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 1-24.
- Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M., & Nijman, H. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie; een onderzoek naar betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL- R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hornsveld, R., Muris, P., & Kraaimaat, F. (2011). The Novaco Anger Scale – Provocation Inventory (1994 version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment, 23*, 937-944.
- Kraijer, D., & Kema, G. (2004). *Sociale Redzaamheidsschaal-Z voor hoger niveau. SRZ-P Handleiding (4^e, uitgebreide uitgave)*. Amsterdam: Harcourt.
- Lindsay, W., Hogue, T., Taylor, J., Mooney, P., e.a. (2006). Two studies on the prevalence and validity of personality disorder in three forensic intellectual disability samples. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 17*, 485-505.
- Morrisey, C. (2003). *The PCL-R: Some guidelines for assessing people with learning disability*. Redford: Rampton Hospital.
- Morrisey, C., Cooke, D., Michie, C., Hollin, C., Hogue, T., Lindsay, W., & Taylor, J. (2010). Structural, item, and test generalizability of the Psychopathy Checklist – Revised to offenders with intellectual disabilities. *Assessment, 17*, 16-29.
- Novaco, R. (2003). *The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI)*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Novaco, R., & Taylor, J. (2004). Assessment of anger and aggression in male offenders with developmental disabilities. *Psychological Assessment, 16*, 42-50.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld*. Utrecht: Borg.
- Vertommen, H. Verheul, R., De Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van de Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets.
- Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie. (2002). *Handleiding HKT-30 (versie 2002)*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

Bijlage 2 Aanmeldingsformulier per module van Grip op Agressie (GoA)

Behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief (delict)gedrag

Door de behandelverantwoordelijke van de cliënt in te vullen en volledig ingevuld aan te leveren bij de trainers van de betreffende module van GoA.

Aanmelding voor module:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - Herkennen van gevoelens 1 | <input type="checkbox"/> 5 - Delictscenario |
| <input type="checkbox"/> 2 - Herkennen van gevoelens 2 | <input type="checkbox"/> 6 - Omgaan met boosheid en agressie 2 |
| <input type="checkbox"/> 3 - Herkennen van gedachten | <input type="checkbox"/> 7 - Terugvalpreventie |
| <input type="checkbox"/> 4 - Omgaan met boosheid en agressie 1 | |

Naam cliënt:

Afdeling:

Datum aanvraag:

Persoonlijk begeleider:

Behandelverantwoordelijke behandelafdeling:

Kan cliënt de module volgen op een besloten afdeling?

Nee Ja

Kan cliënt de module volgen op een gesloten afdeling?

Nee Ja

Huidige verlofmarge van cliënt is:

Is er sprake van problemen op het gebied van de agressieregulatie op zijn huidige afdeling?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer veel

Korte omschrijving van de problematiek:

Is er sprake van problemen m.b.t. gedachten die verbonden zijn aan de agressieregulatie?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer veel

Heeft cliënt module 1 (Herkennen van gevoelens 1) gevolgd en met positief resultaat afgerond?

Nee Ja

Heeft cliënt module 2 (Herkennen van gevoelens 2) gevolgd en met positief resultaat afgerond?

Nee Ja

Heeft cliënt module 3 (Herkennen van gedachten) gevolgd en met positief resultaat afgerond?

Nee Ja

Heeft cliënt module 4 (Omgaan met Boosheid en agressie 1) gevolgd en met positief resultaat afgerond?

Nee Ja

Heeft cliënt module 5 (Delictscenario) gevolgd en met positief resultaat afgerond? (incl. de individuele lijst met valkuilen)

Nee Ja

Heeft cliënt module 6 (Omgaan met Boosheid en agressie 2) gevolgd en met positief resultaat afgerond?

Nee Ja

Is cliënt in staat in een groep te functioneren?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer goed

Wat is het cognitieve niveau van de cliënt?

Totaal IQ:

Verbaal IQ:

Performaal IQ:

Kan de cliënt lezen?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer goed

Kan de cliënt schrijven?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer goed

Heeft de cliënt inzicht / mogelijkheden tot introspectie?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer goed

Is er kans op (psychotische) decompensatie?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer hoog

Is de cliënt gemotiveerd?

Geheel niet 1 2 3 4 5 zeer goed

Gebruikt de cliënt medicijnen?

Nee Ja, cliënt gebruikt de volgende medicijnen:

Overige opmerkingen:

