



kwiteit
forensische
zorg

Het vuur uit de sloffen lopend

**Delictpreventieve behandeling van
onderscheiden typen brandstichters**

Lydia Dalhuisen
Karel 't Lam
Frans Koenraad

Juni 2022

Colofon

Opdrachtgever en financier:

Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)

Ontwikkelaar van het behandelprogramma:

FPK Assen (GGZ Drenthe) i.s.m. Universiteit Utrecht

Projectgroep:

Drs. Karel 't Lam (FPK Assen)

Mr.dr. Lydia Dalhuisen (Universiteit Utrecht / FPK Assen)

Prof.dr. Frans Koenraadt (Universiteit Utrecht / FPK Assen)

Deze publicatie c.q. dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ, de FPK Assen en de Universiteit Utrecht.

© KFZ, 2022: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteurs. De auteurs stemmen ermee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



Universiteit Utrecht



Inhoud

1	Samenvatting	5
	Summary	7
2	Inleiding	9
3	Een behandelprogramma voor brandstichters	11
3.1	Inleiding	11
3.2	De opzet van het programma	11
3.3	De verschillende subgroepen	13
3.4	Kenmerken van brandstichters	14
4	Methoden	15
4.1	Outreach en informeren van klinieken	15
4.2	Behandelaars instrueren	15
4.3	Voortgang behandeling monitoren	16
4.4	Feedback verkrijgen	17
4.5	Feedback verwerken	17
5	Resultaten ontwikkeling behandelprogramma	19
5.1	Het behandelprotocol	19
5.2	Het sessieprotocol	19
5.3	Het werkboek voor deelnemers	19
5.4	De PowerPoint presentaties	20
5.5	Overig	20
6	Methoden en resultaten van de pilot	21
6.1	Implementatie	21
6.2	Pilot	22
7	Discussie	23
8	Conclusie	25
	Literatuur	27

1. Samenvatting

Dit project bestaat uit twee elementen en betreft allereerst de nadere uitwerking van een behandelprogramma voor brandstichters welke in het kader van een eerdere KFZ-call (2014.23) is ontwikkeld, alsmede de beschrijving van de opzet en uitvoering van een externe pilot om daarmee de introductie in behandelinstellingen en de uitvoerbaarheid ervan te toetsen.

Met betrekking tot het eerste element is er een behandelprogramma voor brandstichters ontwikkeld. Op basis van beschikbare wetenschappelijke literatuur en clustering van patiënten profielen worden in de behandeling modulair verschillende thema's aangeboden. 0) Intake en diagnostiek, I) Motivatie voor behandeling, II) Delict analyse, III) Niet gepaste belangstelling voor vuur en brandstichting, IV) Communicatie en sociaal functioneren, V) Algemene vaardigheden en zelfcontrole, en VI) Terugvalpreventie. Brandstichters worden in drie verschillende subgroepen onderscheiden; subgroep Eén: emoties afreageren, Subgroep Twee: persoonlijke woede, Subgroep Drie: doelbewust (*wraak of cry for help/ aandacht*). Het behandelingsprogramma is naar deze drie groepen anders gedifferentieerd.

Het tweede element betreft de uitgevoerde pilot. In drie forensisch psychiatrische instellingen is het behandelprogramma uitgevoerd. Deze pilots leverden aanvullingen op en maakten het mogelijk om onvoorziene praktische problemen op te lossen. Dit heeft geresulteerd in aanpassingen in het niveau (LVB-versie) en de uitvoering (open groep om instroom per module mogelijk te maken). Uiteindelijk kon op basis van de nieuwe inzichten vanuit de pilots een aangepast behandelprogramma worden voorgelegd bestaande uit drie onderdelen:

- Een behandelprotocol met daarin de theoretische achtergrond en opzet van het programma, een protocol gericht op diagnostiek en het opstellen van een delict analyse specifiek gericht op brandstichters en een gedetailleerde handleiding voor therapeuten;
- Een gedetailleerd sessieprotocol met alle uitgewerkte sessies (inclusief diagnostiek), aangevuld met PowerPointpresentaties per behandelsessie;
- Een werkboek voor deelnemende patiënten met daarin werkbladen en huiswerkopgaven.

Tezamen gaat het hier om een welhaast kant-en-klaar pakket, waarmee de therapeutisch medewerkers van de forensisch psychiatrische instellingen aan de slag kunnen in de behandeling en begeleiding van ouders van brandstichting. Het behandelprotocol is via de website van KFZ te downloaden. Het sessieprotocol, het werkboek en de bijbehorende PowerPoint-begeleiding zijn op te vragen bij Karel 't Lam (FPK Assen) via Karel.t.Lam@ggzdrenthe.nl.

Hoewel het implementatieplan niet volledig is uitgevoerd, heeft de implementatiefase wel geresulteerd in een uitgewerkt behandelprogramma voor de behandeling van brandstichters in de forensische ggz. Het uiteindelijke behandelprogramma kan geïmplementeerd worden, waarbij tijdens die verdere implementatie vanuit de ontwikkelaars gestreefd wordt naar een meting van de effectiviteit van het behandelprogramma

Summary

This project entails two elements. Firstly, it covers the detailed elaboration of a treatment program for offenders of arson that was developed within the framework of a previous KFZ-call (2014.23). Secondly, it contains the design and implementation of an external pilot in order to test its introduction in Dutch institutions for forensic mental health and its feasibility.

Regarding the first element, a treatment program for arsonists was developed. Based on available scientific literature and clustering of patient profiles, different themes are offered in the treatment program in a modular structure: 0) Intake and diagnosis, I) Motivation for treatment, II) Offence analysis, III) Inappropriate interest in fire and arson, IV) Communication and social functioning, V) General skills and self-control, and VI) Relapse prevention. Arsonists are divided into three different subgroups: 1) venting emotions; 2) personal anger; 3) purposeful (revenge or cry for help/attention). The treatment program is differentiated according to these three groups of offenders.

The second element concerns the executed pilot. In three forensic psychiatric institutions the treatment program was carried out. These pilots yielded additions and made it possible that unforeseen practical problems were solved. In particular, this has resulted in adjustments to the level (to accommodate offenders with mild learning disabilities) and the implementation (open group to allow intake per module). Ultimately, based on the new insights from the pilots, an adapted treatment program could be presented consisting of three parts:

- A treatment protocol containing the theoretical background and design of the program, a protocol aimed at diagnostics and the preparation of an offense analysis specifically aimed at arsonists, and a detailed manual for therapists;
- A detailed session protocol with all elaborate sessions (including diagnostics), supplemented with PowerPoint presentations per treatment session;
- A workbook for participating patients containing worksheets and homework assignments.

Together, this is an almost ready-to-use package with which the therapeutic staff of the forensic psychiatric institutions can get to work in the treatment and supervision of perpetrators of arson. The treatment protocol can be downloaded from the KFZ website. The session protocol, the workbook and PowerPoint support can be requested from Karel 't Lam (FPK Assen) via Karel.t.Lam@ggzdrenthe.nl

Although the implementation plan has not been fully executed, the implementation phase did result in a detailed treatment program for the treatment of arson offenders in forensic mental health care. This treatment program can be implemented, with the developers aiming to measure the effectiveness of the treatment program during that further implementation.

2. Inleiding

Daders van brandstichting¹ vormen een belangrijke populatie binnen de forensische psychiatrie. Bij ongeveer tien procent van alle tbs-vonnissen werd deze maatregel opgelegd naar aanleiding van brandstichting als indexdelict (van Emmerik, 2001; van Gemmert & van Schijndel, 2011; Graat, Lammers & Bloemsaat, 2011; van Nieuwenhuizen et al., 2011; de Vogel & de Ruiters, 2004). Er bestond echter tot voor kort in Nederland geen behandelprogramma dat specifiek gericht is op deze populatie. De afgelopen jaren is daarom een project uitgevoerd waarin een gedifferentieerd behandelingsprogramma ten behoeve van daders van brandstichting is ontwikkeld, toegespitst op verschillende typen daders welke is vastgelegd in het boek *De behandeling van onderscheiden typen brandstichters* (Dalhuisen, 't Lam, Koenraadt & Hagenauw, 2016).² Tevens is gebruik gemaakt van de bevindingen uit het eveneens in 2016 verschenen proefschrift van L. Dalhuisen, *Firesetting and firesetters in the Netherlands. Individualization, identification and treatment* (Dalhuisen, 2016).

Het huidige project bouwt hierop voort en bestaat uit twee elementen, namelijk 1) een nadere uitwerking van het reeds ontwikkelde behandelprogramma (Dalhuisen et al., 2016), en 2) een pilotstudie naar de werking van het behandelprogramma in de praktijk. Hierbij moet worden opgemerkt dat deze twee elementen niet volledig los van elkaar kunnen worden beschouwd, maar dat de nadere uitwerking 1) mede aan de hand van de uitgevoerde pilots 2) vorm heeft gekregen. Het betreft hier dus veeleer een cyclisch in plaats van een lineair proces.

De initiële totstandkoming van het behandelprogramma is als volgt verlopen. Allereerst is een uitgebreid gestructureerd literatuuronderzoek uitgevoerd naar effectieve interventies in de behandeling van brandstichters en een inventarisatie van de interventies voor brandstichters in de Nederlandse forensische ggz.³ Hieruit kwam naar voren dat er weinig *evidence based* interventies bestaan, maar dat internationaal *best practice* bewijs bestaat voor voorlichting over brand(veiligheid), het trainen van sociale vaardigheden, cognitieve gedragstherapie, gedragstherapeutische interventies en medicatie⁴ als effectieve behandelingen bij brandstichters (Dalhuisen et al., 2016, pp. 15-19). Uit een uitgevoerde inventarisatie onder twintig instellingen blijkt dat in Nederland slechts sporadisch brandstichting specifieke behandeling wordt ingezet.⁵ Vervolgens is gekeken of er binnen de strafrechtspraktijk door rechters wordt verwezen naar brandstichting-specifieke behandeling. Uit een analyse van jurisprudentie van zaken van brandstichting kwam naar voren dat in vonnissen niet wordt gerept over behandeling specifiek gericht op brandstichting (Dalhuisen et al., 2016, pp. 27-34). Hierdoor zou het kunnen lijken dat vanuit de strafrechtspleging geen vraag bestaat naar deze toegesneden behandeling. Deze bevinding is echter goed te verklaren vanuit het actuele gebrek aan aanbod voor brandstichters binnen de forensische ggz. De eerste stap in het ontwikkelen

¹ Brandstichters zijn meestal man, maar met name in de forensische GGZ is een relatief groot deel van brandstichters vrouw (Dalhuisen, 2016). Vanwege de leesbaarheid wordt in dit rapport verder in de hij-vorm gesproken.

² Voortvloeiend uit de KFZ-call 2014.23 en de daaruit voortvloeiende verantwoording.

³ Hierbij is gebruik gemaakt van de PRISMA statement (Moher et al., 2009) en PICOS methode (Liberati et al., 2009); Zie verder Dalhuisen et al., (2016), hoofdstuk 2.

⁴ Het behandelprogramma heeft betrekking op de psychologische behandeling van brandstichters. We verwijzen naar het boek van Dalhuisen et al. (2016, pp. 18-19) om kennis te nemen van farmacotherapie bij brandstichters.

⁵ Enkel bij FPK de Beuken; Trajectum/Hoeve Boschoord.

van een behandelprogramma voor brandstichters is het in kaart brengen van deze daderpopulatie. Hierbij is op basis van dossieronderzoek in verschillende forensisch psychiatrische klinieken een empirische indeling gemaakt in drie subgroepen, te weten brandstichters die emoties afreageren, persoonlijke woede brandstichters en doelbewuste brandstichters gericht op het nemen van wraak of het verkrijgen van hulp of aandacht.⁶ De overeenkomsten en verschillen tussen deze drie subgroepen zijn beschreven en dienen als aanknopingspunt voor het gedifferentieerde behandelprogramma. Voordat dit programma besproken wordt, is onderzocht welke behandelbehoeften kenmerkend zijn voor brandstichters (Dalhuisen et al., 2016, pp. 51-56). Hieruit kwam naar voren dat hun behandeling zich vooral dient te richten op vuurgerelateerde zaken zoals ongezonde interesse in vuur, gebrek aan sociale vaardigheden, emotieregulatie en coping en het zelfbeeld en zelfvertrouwen. De relevante behandelelementen zijn gekoppeld aan deze behandelbehoeften en vervolgens is een differentiatie gemaakt in de behandeling om rekening te houden met de specifieke kenmerken van de drie subgroepen. Dit alles is beschreven in een behandelprogramma voor brandstichters met als uitgangspunt een algemene focus op relevante behandelbehoeften met daarbinnen ruimte voor differentiatie (Dalhuisen et al., 2016, pp. 57-80).

Het onderhavig project streefde naar 1) een gedetailleerde uitwerking van het initiële behandelingsprogramma voor brandstichters en 2) de opzet en uitvoering van een externe pilot om daarmee de introductie in behandelinstellingen en de uitvoerbaarheid ervan te toetsen. Behandeling op maat van individuele brandstichters vergt inspanning van velen, zoals ook weerspiegeld in de titel van dit rapport.

⁶ In totaal zijn 98 dossiers nader geanalyseerd, zie ook Dalhuisen et al. (2016, pp. 35-49).

3. Een behandelprogramma voor brandstichters

3.1 Inleiding

Het onderhavige project betreft 1) het opstellen van een uitvoerig uitgewerkt behandelprogramma en 2) een pilot daarvan in enkele klinieken. In *De behandeling van onderscheiden typen brandstichters* werden bij in Nederland opgenomen forensisch psychiatrische patiënten verschillende subgroepen van brandstichters gevonden (Dalhuisen et al., 2016). In dat onderzoek is een aanzet gegeven om voor deze verschillende subgroepen een gedifferentieerd behandelaanbod te ontwikkelen. In het onderhavige project is deze aanzet nader uitgewerkt en is een behandelprogramma ontwikkeld dat de praktische uitwerking vormt van de in het genoemde boek verworven informatie. De nadere uitwerking van het behandelprogramma is mede tot stand gekomen door de input van behandelaars en experts uit de praktijk. Naast de meningen van experts hebben de ervaringen van behandelaars tijdens de pilot ook bijgedragen aan de nadere aanscherping van het programma.⁷ Het behandelprogramma is bestemd voor hulpverleners die een behandeling willen bieden aan deze doelgroepen van brandstichters en bestaat uit een behandelprotocol, met daarin de theoretische onderbouwing, een sessieprotocol met een uitwerking per sessie inclusief bijbehorende PowerPoints en een werkboek voor de deelnemers.

3.2 De opzet van het programma

De delict preventieve behandeling voor brandstichters wordt bij voorkeur groepsgewijs aangeboden en bevat verschillende modules.⁸ De groep is open, wat betekent dat tussentijds per module (nieuwe) deelnemers kunnen instromen. Het behandelprogramma is als volgt opgebouwd (zie figuur 1):

⁷ Hier is het cyclische karakter van de twee elementen waaruit dit project bestaat goed terug te zien.

⁸ De wetenschappelijke onderbouwing van de gekozen behandelelementen is grotendeels terug te vinden in Dalhuisen et al. (2016, pp. 9-25) en Dalhuisen (2016, pp 161-173, pp. 219-227).

Figuur 1: Opbouw behandelprogramma met de verschillende modules en hun inhoud.

<p>I. Motivatie voor behandeling <i>Balans van voor- en nadelen</i> <i>De cirkel van Prochaska en DiClemente</i> <i>Zelfbeeld</i></p> <p>II. Delict analyse <i>De persoonlijke geschiedenis</i> <i>De vuuranamnese</i> <i>Het delict scenario</i> <i>Risico en beschermende factoren</i></p> <p>Specifieke behandelthema's</p> <p>III. Niet gepaste belangstelling voor vuur en brandstichting <i>Betekenisgeving brandstichting onderzoeken en bewerken</i> <i>Vuur en veiligheid: voorlichting brandweer</i></p> <p>IV. Communicatie en sociaal functioneren <i>Sociale vaardigheden</i> <i>De sociale context: gezin en familie/ intieme relaties</i></p> <p>V. Algemene vaardigheden en zelfcontrole <i>Het leren beheersen van de impuls om brand te stichten</i> <i>Omgaan met hoog risico situaties</i> <i>Doelgericht leven</i> <i>Het reguleren van emoties waaronder wraak</i> <i>Verslaving</i> <i>Problemen leren aanpakken</i></p> <p>VI. Terugvalpreventie</p>

Criterium voor deelname is de inschatting dat de patiënt in de toekomst (opnieuw) brand kan gaan stichten, waarbij gevaar voor personen (of materieel) of hemzelf ontstaat. Wanneer het motief voor brandstichting vooral is gelegen in bijvoorbeeld het verkrijgen van verzekeringsgeld of in het vernietigen van bewijs van een ander delict als belangrijkste motief aanwezig is, is deelname waarschijnlijk minder zinvol.

In de behandeling worden modulair verschillende thema's aangeboden. Niet alle thema's zijn voor iedereen even relevant. Of een thema meer of minder belangrijk is voor de patiënt, volgt uit de delict analyse. Er is gekozen voor een specifieke volgorde in het aan te bieden programma.

Nadat uitvoerig is stilgestaan bij motivatie en zelfbeeld, komt de delict analyse aan bod. In dit onderdeel wordt een aantal thema's behandeld. Om te beginnen wordt ingegaan op

de persoonlijke geschiedenis. Hiermee kunnen verbanden duidelijk worden tussen de persoonlijke ontwikkeling en de vraag wat maakt dat de patiënt brand is gaan stichten. Heeft dit bijvoorbeeld te maken met hoe de patiënt leerde omgaan met stress, met verveling, met gevoelens van boosheid of frustratie. Een onderdeel van de persoonlijke geschiedenis is de vuuranamnese, waarin dieper wordt ingegaan op hoe de patiënt in de loop van zijn/haar leven heeft leren omgaan met vuur. Welke betekenis had en heeft vuur voor de patiënt? Leerde de patiënt veilig omgaan met vuur? Bij het opstellen van een delict scenario maakt de patiënt een nauwkeurige analyse van de meest belangrijke brandstichtingen. Wat ging daaraan vooraf, wat dacht, deed en voelde de patiënt vooraf, tijdens en na de branden en wat waren de gevolgen voor de patiënt en zijn omgeving. Aan het eind van dit onderdeel heeft de patiënt – samen met de therapeut – meer helder voor ogen wat de specifieke risicofactoren zijn, die maken dat hij overgaat tot brandstichting. Ook is het relevant te onderzoeken of er specifieke beschermende factoren zijn, die de kans dat de patiënt overgaat tot brandstichten juist verkleinen. Deze risico- en beschermende factoren zijn belangrijk voor het volgende onderdeel, namelijk het bepalen van de behandeldoelen. Die kunnen voor iedere brandstichter verschillend zijn, ook al bestaan er overeenkomsten tussen brandstichters. Een groot aantal specifieke behandelthema's wordt genoemd dat in die behandeling aan de orde kan komen. De therapeut stelt samen met de patiënt vast welke behandelonderdelen (thema's) vooral van belang zijn. Gedurende de behandeling kan het nodig zijn sommige onderdelen te laten terugkomen. Dit zou dan in individuele sessies, onafhankelijk van de groep, kunnen worden vormgegeven. We bevelen aan het geboden programma flexibel te gebruiken. Concreet: als een bepaald thema relevant is voor een patiënt, kan het helpen hier aandacht aan te besteden op het moment dat het daadwerkelijk speelt, in plaats van uit te stellen tot het 'aan de beurt is'. De aangeboden interventies worden steeds beoordeeld naar de vraag in hoeverre het relevant is voor de patiënt. Zo zal het bij de een noodzakelijk zijn veel uitgebreider op bijvoorbeeld wraak in te gaan, terwijl dat voor een andere patiënt wellicht geheel geen thema is. En voor sommige patiënten zullen problemen rond motivatie centraal staan (en meer aandacht vragen), voor anderen spelen vooral problemen rond sociale vaardigheden een rol en voor nog anderen bijvoorbeeld rond wraak en vergelding. Een patiënt kan een onderwerp nemen uit de indeling en daar meerdere individuele sessies aan werken. Het behandelprogramma heeft betrekking op de psychologische behandeling van brandstichters. We verwijzen naar het onderzoek van Dalhuisen en collega's (2016, p. 17 e.v.) om kennis te nemen van farmacotherapie bij brandstichters.

3.3 De verschillende subgroepen

In research naar subgroepen in de Nederlandse forensische psychiatrie konden drie subgroepen brandstichters worden onderscheiden. De karakteristieken per subgroep hebben implicaties voor behandeling. Het bleek dat de verschillende subgroepen meer met elkaar overeenstemmen dan van elkaar verschillen op diverse individuele en delictkenmerken. Voor de behandeling betekent dit dat deze naast differentiatie, ook algemene, voor alle brandstichters geldende elementen dient te bevatten.

3.4 Kenmerken van brandstichters

Binnen de forensische ggz zijn er drie typen brandstichters onderscheiden en uitgebreid beschreven in Dalhuisen *et al.* (2016):

Subgroep Eén: emoties afreageren,

Subgroep Twee: persoonlijke woede,

Subgroep Drie: doelbewust (wraak of cry for help/ aandacht).

Hoewel er duidelijke verschillen bestaan tussen de subtypen, zijn er ook gemeenschappelijke kenmerken. De meeste brandstichters zijn man, Nederlands, alleenstaand en werkloos. Middelengebruik, vooral alcohol en softdrugs, komen regelmatig voor. Het vermogen tot empathie is beperkt en de vijandigheid is over het algemeen hoog. Brandstichters in alle subgroepen hebben problemen met zelfredzaamheid, beschikken over beperkte coping vaardigheden en is sprake van een beperkt sociaal netwerk. Er is sprake van hechtingsproblemen, het meest in groep 1 en groep 3.

In het boek *De behandeling van onderscheiden typen brandstichters* wordt uitgebreider ingegaan op de kenmerken van de verschillende typen en op de vraag welke interventies het meest passend zijn per subgroep (Dalhuisen *et al.*, 2016, pp. 57-80). Bij de verschillende onderwerpen in het behandelprogramma zal gerefereerd worden aan die verschillende subgroepen. In het behandelprotocol worden per moduleonderdeel algemene principes besproken waarin expliciet aandacht is voor de differentiatie. Bijvoorbeeld bij Module I de Balans van voor-en nadelen wordt gesteld: "De patiënten uit subgroep 1 blijken tamelijk gemotiveerd, zij uit subgroep 2 blijken in het algemeen juist onverschillig en ongemotiveerd en in subgroep 3 blijkt sprake van de meeste weerstand ten opzichte van de behandeling. Afhankelijk van waar een patiënt zich bevindt qua motivatie, is het aangewezen meer of minder aandacht te besteden aan dit thema."

Het uiteindelijke doel van dit project is het realiseren van een breed gedragen, werkbaar en meetbaar behandelprogramma voor brandstichters binnen de Nederlandse forensische ggz dat recht doet aan hun specifieke behandelbehoeften en daardoor bijdraagt aan een betere behandeling van deze daderpopulatie.

Om te bewerkstelligen dat zaken onderling vergelijkbaar blijven, dat een soortgelijke opbouw en volgorde wordt gehanteerd, is een helder en gestructureerd behandelprotocol opgesteld waarin de behandeling en de differentiatiemogelijkheden zo eenduidig mogelijk zijn beschreven. Aldus kan de behandelintegriteit van de behandelaars worden gerealiseerd.

In aanvulling op de wetenschappelijke basis (Dalhuisen, 2016), is het sessieprotocol opgesteld. Dit sessieprotocol beschrijft wat nodig is voor de behandeling om binnen een instelling te worden geïmplementeerd (welke eisen worden gesteld aan personeel, kandidaten, ruimtes, andere voorwaarden) en beschrijft daarnaast specifiek de daadwerkelijke behandeling per sessie. Hiermee is het sessieprotocol meer dan enkel een implementatieplan. In combinatie met het eerdere rapport (Dalhuisen *et al.*, 2016), biedt het daarmee een solide basis voor instellingen die de behandeling van brandstichters willen inzetten.

4. Methoden nadere ontwikkeling behandelprogramma

Naast de deskresearch waarin de onderzoekers de jurisprudentie en vakliteratuur nauwgezet bijhouden en daaraan ook bijdragen, zijn de verschillende fasen van het project ook methodologisch van betekenis.

4.1 Outreach en informeren van klinieken

In de verschillende klinieken (zie tabel 1) zijn vele gesprekken gevoerd over de werving van patiënten voor deelname, de afstemming van de medewerking en de uitvoering van het onderzoek. Door hiervoor meer tijd uit te trekken dan aanvankelijk beoogd, blijkt dat er meer patiënten met een indexdelict brandstichting of met een brandstichtingsverleden in de klinieken verblijven. Dit vaak ook tot verbazing van de medewerkers van de klinieken. In de praktijk blijken daders van brandstichting dus niet altijd op basis van hun delict als groep te worden onderscheiden en was het soms nodig om in de dossiers van patiënten te kijken naar de delict historie.

Tabel 1: overzicht van deelnemende klinieken

Instelling	Expertise	Professionals	Daadwerkelijk deelgenomen aan de Pilot
FPK De Beuken; Trajectum/Hoeve Boschoord	Feedback en evaluatie	Karin Frijters, klinisch psycholoog/psychotherapeut	N=2
FPC De Oostvaarderskliniek	Feedback en evaluatie	Evelyn Klein Haneveld, klinisch psycholoog Lienke de Kroon, GZ-psycholoog Roos Paris, GZ-psycholoog	N=1
FPK Assen	Feedback en evaluatie	Karin Chateau, GZ-psycholoog Lianne Vreugdenhil, klinisch psycholoog	N=6
FPC Dr. S. van Mesdag	Feedback	Margriet Storms, hoofd behandeling Hieke Deen, GZ-psycholoog Janneke Krediet, GZ-psycholoog	-

4.2 Behandelaars instrueren

De opzet van het behandelprogramma, met een apart behandelprotocol, sessieprotocol en werkboek, blijkt in het instrueren van behandelaars een effectief draaiboek. Behandelaars hebben na het doornemen van deze documenten een goed beeld van zowel de opbouw als de inhoud van het programma. Ook blijken de verschillende bestanden een goede basis te bieden voor de experts om te komen tot nadere feedback en discussie (zie verder ook hoofdstuk 5). Daarnaast was en is een ervaren en goed ingevoerde forensisch

psychotherapeut beschikbaar om dilemma's die zich bij de uitvoering van het programma voordoen te bespreken. Hierbij kan je denken aan vragen over geschiktheid van een bepaalde patiënt voor deelname aan de groep. Bij patiënten die onvoldoende groepsgeschied bleken is geadviseerd het programma individueel aan te bieden. Andere patiënten bleken te veel in crisis om op het moment van starten van de groep effectief te kunnen participeren. Een belangrijk thema dat aan de orde kwam, is dat het in veel klinieken gebruikelijk is een aparte delict analyse op te stellen. Daarbij rees de vraag hoe zinvol een aanvullende vuurgerichte delict analyse dan nog zou zijn. Geadviseerd werd daarbij de bestaande praktijk te volgen, maar wel de aanvullende vuurgerichte zaken goed uit te vragen, ten einde de delict analyse te verdiepen. Behulpzaam is hierbij bijvoorbeeld de vuuranamnese en de bijgevoegde vragenlijsten. Een ander thema dat aan de orde kwam, is dat sommige behandelonderdelen van het programma mogelijk al op andere momenten zijn aangeboden. Zo kan een patiënt met emotieregulatieproblemen reeds een VERS training hebben gevolgd, terwijl in het brandstichtersprogramma een enigszins vergelijkbaar aanbod wordt gedaan. Als richtlijn werd gegeven per geval af te wegen of 'een vrijstelling' gepast is en dit vanwege de behandelintegriteit goed te documenteren. Een laatste thema is dat behandeling altijd maatwerk is. Bepaalde onderdelen kunnen voor een patiënt niet relevant zijn, terwijl andere onderdelen wellicht meer aandacht behoeven dan wat het protocol biedt of vraagt. Bijvoorbeeld: in het geval van forse wraakproblematiek kan men overwegen het woede en wraakprotocol met behulp van EMDR als extra aan te bieden.

4.3 Voortgang behandeling monitoren

De praktijk van de behandeling van brandstichters laat zien dat – weer anders dan bij daders van zeden- en agressieve delicten - extra inspanning vereist is om maatwerk te leveren. Ons programma hebben we daar volledig op aangepast, waardoor het bruikbaar is voor groepen van twee tot vier à vijf patiënten. Het werkboek kan ook (bij gebrek aan meerdere patiënten met dezelfde problematiek) individueel worden doorgewerkt. Naast algemene groepssessies zijn er sessies waar patiënten (op afspraak) een inbreng doen. Nieuwe patiënten kunnen leren van de patiënten die al langer aan de groep deelnemen. Uitgaande van een groep met vier deelnemers kunnen in ongeveer 40 zittingen met een duur van één uur de meest relevante thema's die te maken hebben met brandstichting besproken worden.⁹

Om de effecten van behandeling te kunnen monitoren, wordt in het behandelprogramma gebruik gemaakt van verschillende risico-taxatie,¹⁰ algemene¹¹ en vuurspecifieke¹² instrumenten. Aan de hand van een scoringstabel met specifieke scoringsinstructie wordt een patiënt ingedeeld in een (of meerdere) subgroepen. Deze indeling geeft richting aan de verdere behandeling.

⁹ Het aantal zittingen zal variëren afhankelijk van de groepsgrootte.

¹⁰ HKT-30, START.

¹¹ SCL-90, BIS-11, AQ (aggression questionnaire), SIPP en MANSA.

¹² Fire Attitude Scale (aangepaste vertaling; Muckley, 1997), Firesetting Assessment Schedule (vertaling; Murphy & Clare, 1996), Fire Interest Rating Scale (aangepaste vertaling; Murphy & Clare, 1996) en de Identification with Fire Questionnaire (vertaling; Gannon, Ó Ciardha & Barnoux, 2011, zoals beschreven door Ó Ciardha et al., 2015.).

De grote behoefte aan maatwerk heeft geresulteerd in aanpassing in de loop van het project en bijgedragen aan een grotere tijdsinvestering dan aanvankelijk verwacht om het project te kunnen verwezenlijken. Als een groep eenmaal is gevormd, blijken therapietrouw, motivatie, resterende beschikbare verblijfsduur en psychische en fysieke conditie van de patiënt kritische factoren voor een voortijdig afbreukrisico.

4.4 Feedback verkrijgen

Gesprekken met behandelaren uit verschillende klinieken in het begin van de implementatiefase hebben geleerd dat verschillende modules voor de brede populatie patiënten nog onvoldoende aansloten. Het niveau was te hoog en daarmee de modules te ingewikkeld voor een deel van de doelgroep. Feedback van de interne en externe pilot heeft geresulteerd in een grondige revisie van het behandelprotocol. Conform de eindproducten van de call 2014-25 (Helpers en Helden: SFT voor LVB) zijn ook voor dit project een apart behandelprotocol, sessieprotocol en werkboek ontwikkeld. Gevolg van deze revisie gedurende de implementatie is dat het daarmee voor deze call (en in overleg met KFZ) niet meer mogelijk was op een deugdelijke en verantwoorde manier effectonderzoek te doen.

4.5 Feedback verwerken

De vraag is voorgelegd of er een versie licht verstandelijk beperkten gemaakt kon worden. Dit is gerealiseerd door het gehele pakket en dan vooral de PowerPoints en het werkboek voor de deelnemers aan te passen, als het ware te hertalen, op punten waar dit mogelijk was. Dit heeft geresulteerd in een geheel nieuwe, aangepaste versie. We hebben ervoor gekozen om géén aparte LVB-versie te maken, juist om dit label te voorkomen, maar we hebben een meer inclusief behandelprogramma opgesteld. Het blijft natuurlijk aan de individuele behandelaren om per individuele patiënt aansluiting te zoeken bij het niveau van de patiënt en daarmee maatwerk te leveren. Hiervoor biedt deze hertaling duidelijk meer ruimte.

5. Resultaten ontwikkeling behandelprogramma

De *Delictpreventieve behandeling van onderscheiden typen brandstichters* is een nadere uitwerking en een concretisering van eerder uitgevoerd onderzoek naar de behandeling van onderscheiden typen brandstichters (Dalhuisen et al., 2016). Dat onderzoek van Dalhuisen en collega's (2016) vormt de theoretische achtergrond waarop de behandeling is gebaseerd. Dit behandelprogramma is neergelegd in een behandelprotocol, een sessieprotocol met een nadere uitwerking per sessie en een werkboek voor deelnemers. Bovendien is per sessie een PowerPoint presentatie beschikbaar.

5.1 Het behandelprotocol

In het behandelprotocol staat voor therapeuten de wijze waarop de behandeling vorm dient te krijgen beschreven. In het eerste hoofdstuk wordt allereerst aandacht geschonken aan de theoretische achtergrond die relevant is voor de therapeut en komt de opzet van het behandelprogramma aan bod. Vervolgens wordt het intake en diagnostiek protocol beschreven in hoofdstuk twee. In het derde hoofdstuk ten slotte wordt de handleiding voor therapeuten gepresenteerd, waarbij de verschillende onderdelen van de behandelmodules worden geïntroduceerd en de algemene principes beschreven.

5.2 Het sessieprotocol

Het sessieprotocol (144 pagina's) bevat de behandeling zoals die per sessie is uitgewerkt, waarbij per sessie de doelen, de agenda en de benodigdheden zijn aangegeven. Voorafgaand aan de behandeling wordt de intake en diagnostiek uitgewerkt. Vervolgens komen achtereenvolgens de zes behandelmodules aan bod: Motivatie voor behandeling (hoofdstuk 2), Delict analyse en persoonlijke geschiedenis (hoofdstuk 3), Belangstelling voor vuur en brandstichting (hoofdstuk 4), Communicatie en sociaal functioneren (hoofdstuk 5), Algemene vaardigheden en zelfcontrole (hoofdstuk 6) en Terugvalpreventie (hoofdstuk 7). Voor de meer theoretische uitwerking van deze behandelmodules wordt verwezen naar het behandelprotocol. Het sessieprotocol is samen met het werkboek en de PowerPoints op te vragen bij Karel.t.Lam@ggzdrenthe.nl

5.3 Het werkboek voor deelnemers

Het persoonlijk werkboek voor de deelnemers bevat gerubriceerd naar de zes modules de werkbladen en huiswerkopgaven die gedurende de behandeling aan bod komen. Dit werkboek gaat in de behandeling als een persoonlijk logboek fungeren, waarin op de verschillende onderdelen de individuele invulling en daarmee gaandeweg de voortgang in de behandeling te traceren is.

5.4 De PowerPoint presentaties

Ten behoeve van de afzonderlijke sessies zijn PowerPoint presentaties opgesteld. Deze geven ordening en structuur aan de bijeenkomsten en fungeren daarin als een didactisch en therapeutisch hulpmiddel.

De behandelaars kunnen deze presentaties zelf nog aanpassen c.q. aanvullen met andere thema's en aspecten die relevant of actueel zijn voor de betreffende sessies. Ook kan het beeldmateriaal van de eigen instelling daarin worden ingevoegd.

5.5 Overig

Verschillende vuurspecifieke vragenlijsten zijn in het Nederlands vertaald.¹³ Zoals voor de diagnostiek en behandeling van seksueel delinquenten een seksuele anamnese in gebruik is, zo is voor de diagnostiek en behandeling van brandstichters een vuuranamnese¹⁴ ontwikkeld.

De vuuranamnese¹⁵ beoogt een hulpmiddel te zijn om op systematische wijze bij iedere patiënt zijn of haar geschiedenis met vuur en brandstichting in kaart te brengen. Hierbij gaat het om een inventarisatie en uitwerking van alle branden, de nieuwsgierigheid en fascinatie met vuur door de levensloop, welke plaats vuur had in het oorspronkelijke gezin van de patiënt, kennis van veiligheidsaspecten en competentie met vuur, de bredere sociale context waarin de persoon met vuur kennismaakte, de relatie tussen vuur en het omgaan met onderscheiden emoties, de betekenis van vuur in de delictspiegeling, relaties met overig delinquent gedrag enerzijds en met psychopathologie anderzijds; negatieve ervaringen (traumata) met vuur en de mate waarin en de wijze waarop de persoon aankijkt tegen eigen verantwoordelijk (agency) in relatie tot brandstichting.

De vuuranamnese richt zich nadrukkelijk op zowel de gezonde als de ongezonde omgang met vuur in de levensloop. Het helpt zowel hulpverlener als patiënt om systematisch vuur gerelateerde zaken bespreekbaar te maken en te verdiepen, die wellicht gemakkelijk aan de aandacht zouden ontsnappen.

¹³ Fire Attitude Scale (aangepaste vertaling; Muckley, 1997), Firesetting Assessment Schedule (vertaling; Murphy & Clare, 1996), Fire Interest Rating Scale (aangepaste vertaling; Murphy & Clare, 1996) en de Identification with Fire Questionnaire (vertaling; Gannon, Ó Ciardha & Barnoux, 2011, zoals beschreven door Ó Ciardha et al., 2015.).

¹⁴ Bijlage 6.1 uit Dalhuisen et al. (2016; Kolko, 2002).

¹⁵ Naar analogie van de seksuele anamnese in de (forensische) seksuologie.

6. Methoden en resultaten van de pilot

6.1 Implementatie

Aan de hand van de reeds uitgevoerde research worden enkele peilgegevens vastgesteld, die als vergelijkingsmaatstaf kunnen gelden. Van de huidige situatie zijn doelgroepen, knelpunten, belemmerende en bevorderende factoren voor de implementatie geformuleerd.

De implementatie van de werkwijze van de gestructureerde behandelaanpak is geen geïsoleerde actie, maar ingebed in de straf(proces)rechtelijke keten. De bedoeling is dat het behandelprogramma aansluit op de drie in Nederland gevonden groepen binnen de forensische psychiatrie en waarin de behandelprincipes zoals omschreven in Hoofdstuk 6 van *De behandeling van onderscheiden typen brandstichters* worden uitgewerkt (Dalhuisen et al., 2016). Aldus heeft dit geresulteerd in een praktische leidraad, bedoeld voor zowel individuele als groepsgerichte behandeling. Doel is dat alle relevante behandelthema's daarin staan uitgewerkt. Vanuit de FPK Assen wordt zorggedragen voor scholing van professionals die met het behandelprogramma aan de slag zijn of gaan. Dit mede om de behandelintegriteit te waarborgen.

Aandacht is besteed aan de introductie van een gefaseerde en gestructureerde behandeling van brandstichters in verschillende forensische instellingen (zie 3.6) door middel van scholing c.q. coaching. Dat betekent overigens niet alleen scholing van behandelende professionals, maar ook van degenen die daartoe adviseren (rapporterend forensisch psychologen en psychiaters), zij die daartoe indicaties stellen (medewerkers Indicatiestelling Forensische Zorg) en zij die beoordelen (leden van de Rechterlijke Macht en Openbaar Ministerie); overleg daarover is gaande. Aldus worden de relevante professionals in de voorfase, de behandelfase en de follow-up fase geïnformeerd over de state of the art met betrekking tot de behandeling van brandstichters. Teneinde de bevindingen van behandeling te objectiveren, worden enkele specifiek op brandstichters toegesneden vragenlijsten voorafgaand aan en na de behandeling afgenomen, namelijk de Fire Attitude Scale (aangepaste vertaling), de Firesetting Assessment Schedule (vertaling), de Fire Interest Rating Scale (FIRS) (aangepaste vertaling), en de Identification with Fire Questionnaire (IFQ) (vertaling) (Gannon, Ó Ciardha & Barnoux, 2011, zoals beschreven door Ó Ciardha et al., 2015; Muckley, 1997; Murphy & Clare, 1996). Daarnaast worden enkele risicotaxatie-instrumenten (zoals de HKT-30-R) en algemene vragenlijsten over persoonlijk functioneren, maar ook gestructureerde interviews zoals de Severity Index for Personality Pathology (SIPP) gebruikt. Aldus wordt een baseline gecreëerd en een mogelijkheid tot vergelijking en signalering van vordering in de behandeling en begeleiding in de loop der tijd.

6.2 Pilot

Om de implementatie van het behandelprogramma te faciliteren is na consultatie van de Medisch Ethische Toetsingscommissie¹⁶, een pilot uitgevoerd. In deze pilot is beoogd dat vier klinieken, namelijk FPK De Beuken; Trajectum/Hoeve Boschoord, FPC De Oostvaarderskliniek, FPC Dr. S. van Mesdag en FPK Assen het behandelprogramma gaan

¹⁶ METc UMCG, METc 2019/246.

starten. Negen patiënten, verspreid over drie van de vier klinieken zijn geïnccludeerd in het project.¹⁷

Uitgangspunt van dit onderzoek was dat bij minimaal vier residentiële forensische ggz-instellingen (FPC en FPK) de behandeling conform de in het werkboek beschreven werkwijze gerealiseerd wordt ten einde patiënten te behandelen. Op basis van overleg en periodieke terugkoppeling aan de ontwikkelaars konden onvolkomenheden worden gevonden, werden aanvullingen gedaan en konden onvoorziene praktische problemen worden opgelost. Specifiek heeft dit geresulteerd in een revisie van het gehele programma. Een belangrijke wijziging die in dit kader tot stand is gekomen, is het inclusiever maken van het behandelprogramma om hiermee ook de LVB-populatie te kunnen bedienen. Hierbij is expliciet niet gekozen voor een aparte LVB-track, maar is het niveau van het behandelprogramma integraal aangepast (zie verder hoofdstuk 4). Ook de wijze van uitvoering van het programma is aangepast om tegemoet te komen aan de bevinding dat de doelgroep beperkt in omvang was en soms op een later moment zou kunnen instromen. Daarnaast bleken sommige modules voor bepaalde patiënten minder relevant. Het behandelprogramma is daarop 'open' geworden, om zo ook instroom per module mogelijk te maken. Uiteindelijk kon dit aangepaste behandelprogramma worden voorgelegd aan de Programmacommissie KFZ.

¹⁷ Uiteindelijk is de pilot bij FPC Dr. S. van Mesdag niet van de grond gekomen. Vanwege compartimentering bleek het in deze instelling na uitbraak van de pandemie niet meer mogelijk voldoende grote groepen samen te stellen. Eerder werden hier, tegen de eigen verwachting in, 30 brandstichters gevonden waarvan er 22 in de kliniek verbleven en waarvan een aanzienlijk deel in het onderzoek geïnccludeerd kon gaan worden.

7. Discussie

Het aanvankelijk beoogde implementatieplan is niet volledig uitgevoerd, vanwege verschillende omstandigheden waaronder de beperkingen vanwege COVID. Echter is tijdens de implementatiefase, binnen de beperkingen, het behandelprogramma wel verder ontwikkeld.

Na overleg met collega's in participerende instellingen (Trajectum, Oostvaarderskliniek, Mesdagkliniek en FPK Assen) heeft een grondige aanpassing van het behandelprogramma plaatsgevonden, namelijk het herschrijven van alle materialen waarmee het behandelprogramma tevens geschikt is geworden voor de LVB-populatie. Mede als gevolg van de COVID-pandemie of personele krapte kon niet in alle participerende instellingen effectief gestart worden met de uitvoering. In de FPK Assen, Oostvaarderskliniek en Trajectum zijn enkele patiënten behandeld met bestaande werkboeken, wat heeft geleid tot zinvolle aanpassingen aan het aanbod na interviews met de behandelaars betreffende hun ervaringen. Waar het gaat om zicht op de behandel pilots moet onderscheid worden gemaakt in vier voltooide en vijf gepoogde behandelingen. Beiden, in totaal negen, zijn relevant voor een beeld over de uitvoerbaarheid van het behandelprogramma. Hoewel het een klein aantal patiënten betreft, gaat het om drie klinieken en verschillende behandeltrajecten, zodat we een tamelijk goed beeld hebben gekregen van de uitvoerbaarheid van het behandelprogramma. Hierbij wordt expliciet een beroep gedaan op de motivatie en het doorzettingsvermogen van de deelnemende patiënt.

Ondanks de belemmeringen die we gedurende het onderzoekstraject hebben ervaren, is er wel in verschillende klinieken en bij meerdere patiënten ervaring opgedaan met het behandelprogramma. Dit heeft ons inzicht gegeven in de wensen vanuit de praktijk welke aanleiding hebben gegeven tot verschillende aanpassingen. Dit heeft geresulteerd in een gestructureerd, werkbaar behandelprogramma voor de behandeling van brandstichters met voldoende *evidence based* maar vooral ook *practice based* elementen.

De stagnatie die gedurende de call is opgetreden, is deels inherent aan de samenstelling en diversiteit van deze doelgroep en de complexiteit van de organisatie van de Nederlandse forensische ggz.¹⁸ Zoals eerder werd vermeld is inherent aan het feit dat het programma werd aangepast tijdens de implementatiefase, dat effectonderzoek bij deze groep daardoor niet meer mogelijk was. In overleg met KFZ (maart 2020) werd besloten de aandacht vooral op de doorontwikkeling van een passend programma en de implementatie daarvan te leggen. Effectmeting blijft uiteraard belangrijk voor de toekomst.

Aandacht voor behandelintegriteit is noodzakelijk. Wanneer dit programma immers wordt gebruikt in meerdere instellingen en resultaten worden gemeten, is het noodzakelijk dat behandelaars zich daadwerkelijk houden aan de opbouw en inhoud van het programma. Dit betekent dat van deelnemende instellingen gevraagd wordt dat behandelaren vooraf training ontvangen, maar ook gedurende de uitvoering ervan deelnemen aan supervisie

¹⁸ Ingegeven door onder meer juridische criteria, ethische vereisten, (ministeriële) beleidsregels en -reglementen, professionele bevoegdheden en deskundigheden, historische verworvenheden, regionale verschillen, logistieke en ecologische begrenzingen en budgettaire speelruimte.

door een programmaleider. Doel is te waarborgen dat het programma op vergelijkbare wijze wordt uitgevoerd en daarmee dat metingen vooraf, tijdens en achteraf op vergelijkbare wijze worden uitgevoerd. Slechts wanneer dit goed wordt geborgd, is op termijn vast te stellen of het programma het beoogde – dat is delictpreventieve - effect heeft. Mogelijk leidt dat er daarnaast toe dat op bepaalde specifieke punten het behandelprogramma door de ontwikkelaars zal worden bijgesteld of aangepast.

Tijdens de pilot kwamen een aantal thema's regelmatig terug:

Om te beginnen blijkt er weliswaar een relevant aantal brandstichters aanwezig in de verschillende instellingen, maar numeriek zijn ze wel duidelijk in de minderheid. Concreet betekent dit dat het vaak om praktische redenen niet mogelijk bleek een groep met voldoende deelnemers op een bepaald moment gelijktijdig te laten starten. Van sommige brandstichters moest bijvoorbeeld een delict analyse nog worden afgerond, of verhinderden actuele crises deelname aan de groep. We hebben als projectgroep vooral gezocht naar flexibiliteit in het aanbod, zonder dat de behandelintegriteit verloren zou gaan. Flexibiliteit betekent dat deelnemers ook halverwege (lieft bij een nieuwe module) kunnen instromen, maar ook dat het programma desnoods individueel wordt aangeboden. Al kregen we als feedback van deelnemers dat een groepsgericht aanbod (zelfs met een geringe groepsgrootte van bijvoorbeeld twee deelnemers) in een enkel geval meerwaarde had.

Een ander thema is dat bij patiënten –waar vaak meerdere soorten delicten in de behandeling betrokken moeten worden – het de vraag is hoe de specifieke op brandstichting toegespitste delict analyse zich verhoudt tot een algemene – vaak in het begin van een behandeling opgestelde – delict analyse. In de meeste gevallen adviseerden we naast de algemene analyse, alsnog de specifieke vragenlijsten en vuuranamnese te doorlopen en te onderzoeken wat bij deze patiënt specifiek heeft geleid tot brandstichting. Motieven voor verschillende delicten kunnen divers zijn. Ook de brandstichter zelf is niet altijd gemakkelijk in een van de drie gevonden subgroepen in te delen; soms is het duidelijk dat hij in een van de subgroepen valt en soms blijken meerdere subgroepen toepasbaar. Het is duidelijk dat een algemene delict analyse een belangrijke eerste stap is, maar een specifieke toegespitste delict analyse op de brandstichting blijft aanvullend noodzakelijk. Het verschaft in de praktijk behandelaars – zo is gebleken – meer inzicht in welke behandelonderdelen meer of minder accent moeten krijgen.

8. Conclusie

Hoewel het implementatieplan niet volledig is uitgevoerd, heeft de implementatiefase wel geresulteerd in een uitgewerkt behandelprogramma voor de behandeling van brandstichters in de forensische ggz. Het uiteindelijke behandelprogramma kan geïmplementeerd worden, waarbij tijdens die verdere implementatie vanuit de ontwikkelaars gestreefd wordt naar een meting van de effectiviteit van het behandelprogramma.

We onderscheiden twee routes van implementatie van het behandelprogramma: dat van de forensische behandelinstellingen (FPC, FPK, FPA, PPC) en dat van de relevante beroepsgroepen. Bij de klinieken zullen we verschillende informatiebijeenkomsten beleggen om het programma onder de aandacht te brengen. Hierbij besteden we aandacht aan de complicerende factor dat het een behandelprogramma is voor een weliswaar relevante, maar numeriek beperkte doelgroep. Klinieken die aangeven met het programma te willen werken, kunnen hierin begeleid worden door een ervaren en goed ingevoerde forensisch psychotherapeut die zowel inhoudelijk als ook meer praktisch ondersteuning kan bieden. De scholing kan plaatsvinden in twee verschillende gremia, namelijk voor diegenen die met het behandelprogramma zelf werken (de behandelaars) en voor degenen die ernaar verwijzen: (advocatuur, Openbaar Ministerie, rechterlijke macht, forensisch gedragskundig rapporteurs, indicatiestelling van IFZ). Voor de behandelaars wordt een trainingsdag plus nazorg opgezet. Voor de verwijzers en beslissers wordt een scholingsdag opgezet waarin brandstichting door vijf sprekers (van Universiteit Utrecht, VeiligheidsInstituut, FPK Assen, Universiteit Wageningen) wordt belicht op thema's: diagnostiek, indicatiestelling, behandeling, buitenbranden en inschatting veiligheid. Doel van deze dag is, naast het in het algemeen vergroten van kennis over deze specifieke daderpopulatie, het bestaan van het behandelprogramma onder de aandacht brengen. Aan het begin van de strafrechtsketen willen we het behandelprogramma ook voor het voetlicht brengen tijdens het verzorgen van seminars bij de Stichting Studiecentrum Rechtspleging (het opleidingsinstituut van de rechtspraak en het Openbaar Ministerie), bij de strafrechtsadvocatuur, de psychologen (het NIP), de psychiaters (NVvP), bij de rapporteurs van het NIFP.

Literatuur

- Dalhuisen, L., (2016). *Firesetting and firesetters in the Netherlands. Individualization, identification and treatment*, Den Haag: Eleven International Publishing.
DOI: 10.1177/00938548211013577
- Dalhuisen, L., 't Lam, K., Koenraadt, F. & Hagenauw, L. (2016). *De behandeling van onderscheiden typen brandstichters*, Oisterwijk, Wolf Legal Publishers.
- van Emmerik, J.L. (2001). *Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Gannon, T. A., Ó Ciardha, C., & Barnoux, M. (2011). The identification with fire questionnaire. Unpublished Manuscript. Canterbury, UK: CORE-FP, School of Psychology, University of Kent.
- Kolko, D. (Ed) (2002). *Handbook on firesetting in children and youth*. San Diego: Academic Press.
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Murlow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *Annals of internal medicine*, 151(4), W-65-W-94.
- van Gemmert, N., & van Schijndel, C. (2011). *Forensische zorg in getal*. Den Haag: DJI.
- Graat, R., Lammers, S., & Bloemsaat, G. (2011). Sekseverschillen bij tbs-patiënten. Vrouwen gestoorder, mannen gevaarlijker? *De Psycholoog*, 46(9), 10-20.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D.G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Muckley, A. (1997). *Firesetting: Addressing offending behaviour. A resource and training manual*. Redcar and Cleveland Psychological Service.
- Murphy, G., & Clare, I. (1996). Analysis of motivation in people with mild learning disabilities (mental handicap) who set fires. *Psychology, Crime & Law*, 2(3), 153-164.
- van Nieuwenhuizen, Ch., Bogaerts, S., de Ruijter, E.A.W., Bongers, I.L., Coppens, M., & Meijers, R.A.A.C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*. Den Haag: WODC.
- Ó Ciardha, C., Barnoux, M. F., Alleyne, E. K., Tyler, N., Mozova, K., & Gannon, T. A. (2015). Multiple factors in the assessment of firesetters' fire interest and attitudes. *Legal and Criminological Psychology*, 20(1), 37-47.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15(1), 145-164.