

- PATERSON, N. & VERMEULEN, G. (2010b). Differences In Material Detention Conditions & Sentence Execution. A Threat To The Area Of Freedom, Security & Justice? In: *Actualia strafrecht en criminologie*. Antwerpen: Maklu, 47-66.
- MOWAT, L. (2016). Brusselssays we CAN'T send back Eastern European criminals..because of their HUMAN RIGHTS. 5 april. URL: <http://www.express.co.uk/news/world/658478/Brussels-CAN-T-send-back-Eastern-European-criminals-because-HUMAN-RIGHTS> (geraadpleegd: 20 oktober 2016).
- REDING, V. (2010). *The Future of European Criminal Justice under the Lisbon Treaty*. Lezing European Law Academy, Trier, 12 maart.
- VAN ZYL SMIT, D. & SNACKEN, S. (2009). *Principles of European Prison Law and Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- VERMEULEN, G. VAN KALMTHOUT, A., PATERSON, N., KNAPEN, M., VERBEKE, P. & DE BONDT, W. (2011a). *Cross-border execution of judgements involving deprivation of liberty in the EU*. Antwerpen: Maklu.
- VERMEULEN, G. VAN KALMTHOUT, A., PATERSON, N., KNAPEN, M., VERBEKE, P. & DE BONDT, W. (2011b). *Material detention conditions, execution of custodial sentences and prisoner transfer in the EU Member States*. Antwerpen: Maklu.
- VERMEULEN, G., VERBEKE, P. & DE BONDT, W. (2012). Materiële detentiecondities, strafuitvoering en overbrenging van gedetineerden in de EU. Een SWOT-analyse van het Kaderbesluit Overdracht Vrijheidsbenemende Straffen & Maatregelen. In: L. PAUWELS & G. VERMEULEN (eds.), *Update in de criminologie VI*. Antwerpen: Maklu.
- WALKER, N. (2003). The pattern of transnational policing. In: T. NEWBURN (ed.), *Handbook of Policing*. Cullompton: Willan Publishing.

RECHT EN GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG / LAW AND MENTAL HEALTH

Blended eMental Health in de ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg: de implementatie en eerste ervaringen van cliënten en hun behandelaars

JOAN VAN HORN^a

LARISSA HOOGSTEDER^b

DICK NIJENKAMP^c

^a Senior onderzoeker, De Waag: centrum voor ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg (Corresp.: jvanhorn@dfzs.nl)

^b Hoofd behandelzaken, De Waag: centrum voor ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg

^c Behandelaar, De Waag: centrum voor ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg

INLEIDING

In de reguliere geestelijke gezondheidszorg wordt de behandeling van psychische klachten steeds vaker via internet aangeboden. Online hulp, ook wel eMental Health genoemd, kan de vorm aannemen van (on)begeleide zelfhulp of een geïntegreerde mix van online en face-to-face contacten (blended care of hybrid eMental Health; POSTEL *et al.*, 2011). Onderzoek wijst uit dat het percentage mensen dat voortijdig met de online behandeling stopt relatief hoog is (zo'n 70%. RICHARD & RICHARDSON, 2012), maar dat dit percentage zakt naarmate de behandeling meer begeleid plaatsvindt (VAN BALLEGOOIJEN *e.a.*, 2014): bij begeleide (coaching via telefoon, email of chat) online interventies bijvoorbeeld lag het uitvalpercentage op ongeveer 35 procent en bij blended interventies zelfs rond de 15 procent. Alleen om deze reden al, lijkt blended eMental Health meer geschikt voor de ambulante forensische poliklinieken in Nederland dan andere online behandelvormen. Bovendien zou het de drop-out percentages bij

ambulante behandelde delinquenten positief kunnen beïnvloeden. Deze kunnen namelijk flink oplopen, tot wel 40% (EISENBERG, VAN HORN, VAN DER PUT, HENDRIKS & STAMS, 2015).

De implementatie van blended interventies in forensische poliklinieken komt langzaam van de grond. De gebruikte behandelvormen/protocolen moeten immers worden aangepast, zodat ze gebruikt kunnen worden voor eMental Health doeleinden. Daarna moet de content worden 'ingebouwd' die gebruiksvriendelijk is en voldoende aansluit bij de wensen en mogelijkheden van de doelgroep. Vervolgens moeten behandelaars getraind worden in het leren hanteren van het platform/digitale programma, een vaardigheid die niet iedereen even gemakkelijk aanleert. Alle genoemde aspecten kosten tijd en geld, terwijl de meeste zorgaanbieders in deze periode juist gedwongen worden om kostenefficiënt te werken. Het implementeren van blended care vereist bovendien dat het behandel aanbod op een andere wijze wordt georganiseerd. Zo moeten handelingen anders geregistreerd worden en dient een behandelaar tijd vrij te roosteren om feedback te geven op oefeningen die digitaal zijn ingeleverd of om in te kunnen gaan op vragen die een cliënt via de chat stelt. Om tot een succesvolle implementatie te komen, is het van belang dat men op diverse niveaus van de organisatie de meerwaarde van blended behandelen ziet. Dit is lastig, omdat in het forensische veld de effectiviteit van deze behandelwijze in het verminderen van klachten en terugval in delictgedrag (recidive) nog niet is aangetoond.

De eerste voorzichtige aanwijzingen voor de effectiviteit van blended care resulteren uit de studie van SHAW *et al.* (2011) waarin werd gevonden dat blended care effectiever lijkt dan wanneer face-to-face behandelingen en online interventies afzonderlijk van elkaar worden aangeboden. In een andere studie echter (KENTER, *et al.*, 2015) werd aangetoond dat blended care even effectief was als de standaard face-to-face behandeling. Een kanttekening hierbij is wel dat slechts een klein percentage (18%) van de getrainde behandelaars daadwerkelijk aan de slag ging met de online modules. Daarbij kregen niet alle cliënten uit hun caseload de blended interventie aangeboden. Volgens KENTER *e.a.* kwam dat onder andere doordat de behandelaars onvoldoende overtuigd waren van de meerwaarde van blended behandelen en dat ze onvoldoende bekend waren met de inclusiecriteria. Bovendien ontbraken eenduidige richtlijnen over de wijze waarop de online sessies moesten worden gecombineerd met de face-to-face contacten. Volgens POSTEL, WITTING en VAN GEMERT-PIJNEN (2013) is één van de voorwaarden voor een succesvolle implementatie van een elke blended interventie dat de online sessies en face-to-face contacten methodisch en inhoudelijk op elkaar moeten aansluiten. Daarom, zo concluderen de onderzoekers, zijn enkel geprotocolleerde behandelingen geschikt om blended aan te bieden.

Een voorbeeld van een geprotocolleerde interventie voor volwassen geweldplegers in de ambulante forensische zorg is Agressie Regulatie op Maat Ambulant voor Volwassenen (ARopMaatAV) (HOOGSTEDER & BOGAERTS, 2014). ARopMaatAV is voortgekomen uit de versie voor jongvolwassenen die beoordeeld is als effectief volgens goede aanwijzingen. ARopMaatAV werd in 2014 door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (EGJ, ND) voorlopig erkend als in theorie effectief in het verminderen van (ernstige) agressie problematiek bij volwassenen. Deze vorm wordt momenteel bij vijf forensische poliklinieken in Nederland aangeboden. Bij wijze van een pilot werd ARopMaatAV deels omgebouwd tot een blended behandeling en is hiermee een van de eerste bestaande geprotocolleerde interventies in de Nederlandse forensische ggz die in een blended vorm wordt aangeboden. In deze bijdrage wordt verslag gedaan van de uitkomsten van de pilot die drie doelstellingen had: het opdoen van ervaring met het online-geschied maken ARopMaatAV, het implementeren van en het gebruik van ARopMaatAV online.

De pilot werd uitgevoerd in de Waag, centrum voor ambulante forensische ggz in Nederland. De WAAG biedt diverse poliklinische forensische behandelingen aan jongeren en volwas-

senen die door hun grensoverschrijdend gedrag in aanraking (dreigen te) komen met politie of justitie. Behandeling is cognitief-gedragstherapeutisch van aard en gericht op het waarborgen van de veiligheid en het verminderen van de kans op terugval in delictgedrag (recidiverisico).

1. HET ONLINE-GESCHIKT MAKEN VAN AROPMAATAV

ARopMaatAV bestaat uit 11 modules onder andere gericht op het onder controle krijgen van agressieve impulsen, het verminderen van stress en het vergroten van adequate oplossingsvaardigheden. Vier van de elf AROPMAATAV-modules werden geschikt gemaakt voor online gebruik: de *Intromodule* waarin onder andere ingegaan wordt op de voor- en nadelen van het volgen van forensische behandeling en het agressieve gedrag, de *Stressreductiemodule* gericht op het verminderen van stress als oorzaak voor het agressieve gedrag, de *Impulscontrolemodule* waarin geleerd wordt op impulsief handelen tijdig te signaleren en meer onder controle te krijgen en tenslotte de *Beheersingsvaardighedenmodule* met aandacht voor het leren beheersen van agressief gedrag.

Het online geschikt maken hield onder andere in dat per module de leesteksten werden ingekort en vereenvoudigd qua taalgebruik zodat cliënten deze zonder begeleiding van een behandelaar zelfstandig kunnen doornemen. Oefeningen uit het bestaande werkboek die door de meeste cliënten als prettig werden ervaren, werden gedigitaliseerd en grotendeels ondersteund met illustratief of instructief filmmateriaal. Het filmmateriaal bestaat uit onder andere ontspanningsoefeningen beschikbaar gesteld via YouTube en zelf opgenomen instructie- of voorbeeld-videofragmenten bijvoorbeeld over het nemen van afstand bij ruzies die uit de hand dreigen te lopen (de time-out procedure). Deze werkwijze om bestaand materiaal geschikt te maken voor online aanbod sluit aan bij de aanbevelingen van POSTEL *et al.* (2013) die de ervaringen van cliënten en behandelaars beschreven met een blended interventie voor alcoholverslaving. De auteurs concludeerden dat online teksten eenvoudiger en korter moeten zijn en dat er meer gebruik moest worden gemaakt van filmmateriaal.

De cliënten en behandelaars werden actief betrokken bij het online geschikt maken van de AROPMAATAV-modules. In totaal gaven zes cliënten en zes behandelaars input over de tekst en het beschikbare beeldmateriaal. Met name cliënten uitten de wens om veel oefenmateriaal beschikbaar te stellen. Behandelaars gaven vooral tips over de wijze waarop een en ander werd gepresenteerd op de website ter bevordering van de overzichtelijkheid. In de maanden april en mei 2014 werden de online modules getest en indien nodig aangepast en aangevuld. Na verwerking van de resultaten uit deze testfase werd – vanaf juni 2014 – de eHealth-omgeving officieel beschikbaar gesteld.

2. HET IMPLEMENTEREN VAN EEN BLENDED BEHANDELING

Om de pilot overzichtelijk en kleinschalig te houden, werd voorafgaand aan de implementatie een aantal praktische keuzes gemaakt. Ten eerste werd geen technische koppeling gerealiseerd tussen het eHealth-platform, het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) en het Routine Outcome Monitoring (ROM) systeem, aangezien een dergelijke koppeling niet altijd even makkelijk te realiseren is en in het kader van de pilot te duur was. Ten tweede werd besloten om geen gebruik te maken van de mogelijkheid om synchroon contact (bijv. door middel van chat of beeldbellen) tussen de behandelaar en cliënt te realiseren. Op die manier hoefden de behandelaren zich niet bezig te houden met het inplannen van extra tijd voor de cliënt. Mogelijk zou dit laagdrempeliger werken. Het online behandelcontact verliep dus asynchroon. Dit houdt in dat een cliënt buiten de face-to-face behandelcontacten zelf kon kiezen wanneer hij aan zijn behandeling wilde werken. Dit bracht met zich

mee dat de behandelaar gemaakte opdrachten kon bekijken wanneer hij daar tijd voor heeft. Ten derde werden enkel twee van de acht vestigingen getraind in de blended vorm van AROPMaatAV. Hierdoor kon de pilot sneller worden georganiseerd en gemakkelijker van start gaan.

In elk van de twee vestigingen werd een secretaresse getraind in de administratieve verwerking van cliënten op het eHealth platform en werden twee hoofdbehandelaars getraind als superusers om technische en inhoudelijke ondersteuning te bieden aan behandelaars en cliënten. De modules werden beschikbaar gesteld op een beveiligde web-based omgeving. Cliënten en behandelaars hadden toegang tot het platform met een persoonlijke login.

Aan cliënten werd de mogelijkheid tot de blended behandeling aangeboden indien zij naar het oordeel van de behandelaars open stonden voor blended care, de Nederlandse taal in woord en geschrift op minimaal basisschool niveau beheersten, beschikten over een computer en internetverbinding, en geïndiceerd waren voor het zorgprogramma AROPMaatAV. Deelname van cliënten en behandelaars aan de pilot was vrijwillig.

3. GEBRUIK VAN DE ONLINEMODULES VAN AROPMAATAV DOOR CLIËNTEN EN HUN BEHANDELAARS

Gedurende de pilot waren we vooral geïnteresseerd in de mate waarin cliënten en hun behandelaars gebruik maakten van de online modules, omdat dit een nieuw aspect was van de AROPMaatAV-behandeling. Informatie over het online-gedrag (o.a. datum en tijdstip van inloggen, inlogduur, welke oefeningen van welke modules werden gemaakt) van cliënten en behandelaars was afkomstig uit de eHealth database die elke actie automatisch registreert.

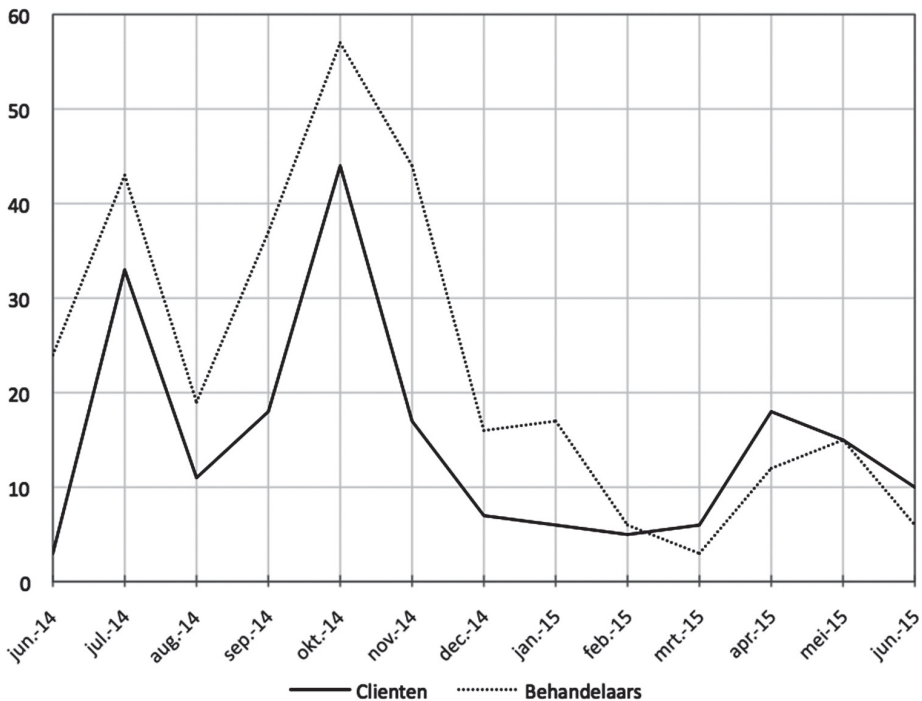
In de periode tussen juni 2014 en juni 2015 gebruikten 29 cliënten (24 mannen, 5 vrouwen) de online AROPMaatAV-modules. De gemiddelde leeftijd van deze cliënten was 35 jaar ($SD=10.07$. Range: 18-57 jaar). De cliënten werden behandeld door een pool van 16 behandelaars (3 mannen en 13 vrouwen) die tussen de 1 en 5 cliënten in de blended AROPMaatAV interventie behandelden.

Zeven (24%) cliënten logden in de gehele periode slechts één keer in. Dat waren tevens de cliënten die tijdens de pilot voortijdig met de AROPMaatAV behandeling waren gestopt vanwege gebrek aan motivatie. De overige 22 cliënten waren aan het eind van de dataverzameling (juni 2015) nog in behandeling. Van deze cliënten maakten twaalf (41%) tussen de twee en tien keer gebruik van het eHealth platform en tien (35%) cliënten waren meer dan tien keer online.

Van de 16 behandelaars waren zeven (44%) tussen de twee tot tien keer online en negen (56%) behandelaars waren meer dan tien keer online. In figuur 1 staat het aantal keer weergegeven dat cliënten en behandelaars online waren per maand gedurende de pilot-periode (juni 2014 – juni 2015).

Figuur 1 laat zien dat het aantal keer dat de behandelaars online waren ongeveer parallel loopt met het aantal keer dat cliënten online waren. Behandelaars waren tot februari 2015 actiever dan de cliënten. Daarna was het andersom. In de eerste helft van de pilotperiode waren behandelaars en cliënten in twee maanden (juli en oktober 2014) het meest actief. Daarna (november en december 2014) volgde een scherpe daling in online activiteiten bij zowel de behandelaars als de cliënten. Tegen het einde van de pilot, april 2015, was er een kleine opleving.

FIGUUR 1. CLIËNTEN EN BEHANDELAARS: AANTAL KEER ONLINE GEDURENDE DE PILOT-PERIODE



4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

Deze bijdrage was de eerste waarin gerapporteerd werd over de ervaringen met een blended interventie in de ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. De interventie Agres-sie Regulatie op Maat Ambulant voor volwassenen (HOOGSTEDER & BOGAERTS, 2014) werd – bij wijze van pilot – deels omgebouwd om online te worden aangeboden. Het doel van de pilot was om ervaring op te doen met het online-geslacht maken AROPmaatAV, het implementeren van en het gebruik van AROPmaatAV online.

Er is relatief veel tijd gaan zitten in het online geschikt maken van bestaande AROP-MaatAV-modules: vier projectleden waren hier gemiddeld vijf uur per week mee bezig. In een periode van vier maanden is dat in totaal 320 uur. Voor een belangrijk deel heeft dat er mee te maken dat het herschrijven van de modules door de ontwikkelaar zelf moest gebeuren om te voorkomen dat niet al te veel werd afgeweken van de inhoudelijke doelstellingen van de oorspronkelijke module. Ook het zoeken naar ondersteunend beeldmateriaal kostte relatief veel tijd en indien deze niet kon worden gevonden, werden instructiefilms zelf gemaakt, hetgeen een nog langere voorbereidingstijd vergde. Bij het online geschikt maken van (modules uit) bestaande interventies is het aan te bevelen om rekening mee te houden met een minimale periode van zes tot negen maanden. Afhankelijkheid van de eHealth leverancier voor het plaatsen van teksten en beeldmateriaal op de web-omgeving kan deze periode met enkele maanden verlengen. Daarnaast is het betrekken van de eindgebruikers (cliënten en behandelaars) in deze fase is van essentieel belang. De input (waaronder de behoefte van cliënten aan met name beeldmateriaal) vormde voor de projectgroep een belangrijke drijfveer om zelf instructiefilms te maken als die niet beschikbaar waren.

Ten aanzien van de implementatie van de blended vorm van ARopMaatAV werd een aantal keuzes gemaakt om de pilot overzichtelijk te houden en in relatief korte tijd te kunnen verwezenlijken. Een aantal van deze keuzes hebben mogelijk bijgedragen aan het feit dat de onlinemodules wisselend intensief werden gebruikt. Specifiek kunnen de volgende keuzes als belemmerende factoren worden benoemd: de blended vorm werd niet als standaard onderdeel in het behandelproces en de behandelinhoud geïmplementeerd. Dat wil zeggen, behandelaars uit slechts twee van de acht vestigingen waren betrokken bij de pilot, de behandelaars en cliënten konden vrijwillig deelnemen aan de pilot, de eHealth omgeving niet was gekoppeld aan het EPD en het ROM-systeem en het gebruik van eHealth niet was belegd in verschillende overleggen, zoals het multidisciplinair overleg (MDO) waarin het behandelplan en de vorderingen van cliënten in de behandeling worden besproken. Deze implementatiekeuzes zijn wel aan te bevelen om de betrokkenheid van behandelaars te borgen en de kans op gebruik van de eHealth blijvend te maximaliseren.

De laatste doelstelling van de pilot was om de online-activiteiten te volgen van behandelaars en hun cliënten. Gedurende de pilot van 12 maanden waren 29 cliënten actief met eHealth en 16 behandelaars. Een belangrijke bevinding was dat behandelaars vaker online waren dan cliënten en opvallend hierbij was dat de mate waarin zij online actief waren, werd 'gevolgd' door de frequentie waarmee cliënten online activiteiten ontplooiden. Ruim de helft van de behandelaars (56%) was frequent online (> 10 keer) tegenover 35 procent van de cliënten. Geconcludeerd kan worden dat blended behandelen een blijvende actieve online houding vereist van behandelaars om cliënten te (blijven) motiveren om online met de behandeling bezig te zijn. Ondanks de eerder genoemde belemmerende factoren was slechts een kwart van de cliënten niet of nauwelijks bezig met eHealth. Deze cliënten bleken ook voortijdig met de hele behandeling (online en face-to-face) te zijn gestopt. Volgens VAN BALLEGOOIJEN *e.a.* (2014) zou het eenmalig gebruik van de online interventie er op kunnen wijzen dat cliënt te weinig aansluiting vindt bij hetgeen wordt aangeboden, terwijl de uitval in een later stadium van de behandeling mogelijk een teken is dat cliënt voldoende heeft geprofiteerd van de behandeling. Het onderscheid tussen deze zogenaamde *early* en *late* drop-outs is terug te vinden in meerdere studies waarin vergelijkbare conclusies worden getrokken (zie bijvoorbeeld ADERKA *e.a.*, 2011). Daarnaast lijkt het aannemelijk dat eHealth voor bepaalde cliënten minder goed werkt omdat het een zekere zelfdiscipline vereist. Onze ervaring met de pilot is dat cliënten met ADHD of een cognitieve beperking meer moeite hebben om zich ertoe te zetten om frequent en gedurende langere tijd met de eHealth modules bezig te zijn.

In een studie van BENDELIN *e.a.* (2011) werd aangetoond dat bepaalde subgroepen van patiënten alleen de online instructies en informatie lezen zonder er verder wat mee te doen. Op welke wijze deze cliënten gestimuleerd konden worden om actiever met online opdrachten bezig te zijn, werd in genoemde studie niet uitgediept. Uit de literatuur wordt duidelijk dat motivatie beschouwd kan worden als een onderdeel van het bredere concept 'treatment readiness' (behandelbereidwilligheid) waaronder ook indicatoren worden geschaard zoals verwachtingen en houding ten aanzien van de behandeling (SERIN, KENNEDY, MAILLOUX, & HANBY, 2010) en externe factoren waaronder de locatie (*waar*), middelen (*hoe*), timing (*wanneer*) (POSTEL *et al.*, 2013). Het *treatment readiness* concept biedt interessante aanknopingspunten om blended eMental Health succesvoller aan te kunnen bieden aan een ambulante forensische populatie. Zo kan bijvoorbeeld het online aanbod beter worden afgestemd op de verwachtingen van cliënt ten aanzien van de behandeling, er kan meer gebruik worden gemaakt van reminders, online oefeningen en opdrachten kunnen eerst samen met de behandelaar worden gedaan en er kan een betere afstemming plaatsvinden tussen de externe factoren (hoe, waar en wanneer) en de cliënt. Ook het gebruik van app's op mobiele telefoons kan de flexibiliteit bieden die nodig is om de behandelbereidheid te vergroten.

5. ALGEMENE CONCLUSIE

De resultaten betroffen de ervaring met blended behandelen van slechts een kleine groep cliënten en hun behandelaars. Het is duidelijk geworden uit deze pilot dat de implementatie van blended care in ambulante forensische instellingen succesvoller is als het is ingebed in het primaire proces, dat wil zeggen geïmplementeerd wordt in bestaande procedures en behandelprocessen. Het belang hiervan wordt nog eens benadrukt door de verwachting dat over tien jaar de geestelijke gezondheidszorg (deels) online zal worden aangeboden (SCHALKEN *et al.*, 2013). Gezien deze verwachte ontwikkeling is ook het uitvoeren van studies naar de effectiviteit van blended care noodzakelijk. Tot op heden zijn dergelijke studies in het ambulante forensische veld nog niet gedaan. In de uitvoering van effectstudies naar blended care is het verstandig om te onderzoeken wat voor diverse subgroepen, zoals typen delinquenten, de meest optimale verhouding is tussen het aantal face-to-face contacten en het aantal online sessies. Deze en andere richtlijnen, beschreven door PROUDFOOT *e.a.* (2013), bieden houvast in het uitvoeren van studies naar internet behandelingen en het rapporteren erover.

Tijdens de pilot lieten cliënten aan hun behandelaar weten dat het gebruikte platform onvoldoende gebruiksvriendelijk was. Ook de website oogde te druk, er was behoefte aan minder tekst, meer ervaringsverhalen en filmmateriaal. Deze informatie heeft ertoe geleid dat we op zoek zijn gegaan naar een eHealth platform met een toegankelijker en eenvoudigere navigatie en zo is opgezet dat de vormgeving rustiger overkomt. Daarnaast hebben we het aantal blended care modules van de ARopMaatAV uitgebreid, de inhoud ingekort en we hebben meer ervaringsverhalen van cliënten over de behandeling toegevoegd. Ook is het aantal filmfragmenten uitgebreid. Daarnaast is blended care behandelen onderdeel geworden van ons regulier behandel aanbod in alle vestigingen.

REFERENTIES

- ADERKA, I.M., ANHOLT, G.E., BALKOM, A.J.L.M. VAN, SMIT, J.H., HERMESH, H., HOFMANN, S.G., & OPPEN, P. VAN (2011). Differences between early and late drop-outs from treatment for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 918-923.
- BALLEGOOIJEN, W. VAN, CUIJPERS, P., STRATEN, A. VAN, KARYOTAKI, E., ANDERSSON, G., SMIT, J.H., & RIPER, H. (2014). Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(7), e100674.
- BENDELIN, N., HESSER, H., DAHL, J., CARLBRING, P., NELSON, K.Z., *e.a.* (2011). Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 11, 107.
- BEUGEN, S., VAN, FERWEDA, M., HOEVE, D., ROVERS, M.M., SILLEKOM-VAN KOULIL, MIDDENDORP, H., VAN, & EVERS, A.W.M. (2014). Internet-based cognitive behavioral therapy for patients with chronic somatic conditions: a meta-analytic review. *Journal of Medical Internet Research*, 16, e88.
- BLANKERS, M., DONKER, T., & RIPER, H. (2013). E-Mental health in Nederland. *De Psycholoog*, 13-23.
- EISENBERG, M.J., HORN, J.E., VAN, PUT, C.E. VAN DER, HENDRIKS, J., & STAMS, G.J.J.M. (2015). *Vooronderzoek 'Kernset Risicofactoren Ambulant Behandelde Delinquenten'. Voorspellers voor recidive bij ambulant behandelde zeden, (huiselijk) gewelds- en vermogensdelinquenten*. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van Programma Kwaliteit Forensische Zorg. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- ERKENNINGSCOMMISSIE GEDRAGSINTERVENTIES JUSTITIE (ND). www.erkenningscommissie.nl/beoordelingen/beoordeeldegedragsinterventies.

- HOOGSTEDER, L.M., & BOGAERTS, S. (2014). *De theoretische handleiding van Agressie Regulatie op Maat Ambulant voor Volwassenen*. Utrecht: De Waag, het Dok en Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (KFZ).
- KENTER, R.M.F., VEN, P.M. VAN DE, CUIJPERS, P., KOOLE, G., NIAMAT, S., GERRITS, R.S., WILLEMS, M., & STRATEN, A. VAN (2015). Costs and effects of internet cognitive behavioral treatment blended with face-to-face treatment: results from a naturalistic study, *Internet Interventions*, 2, 77-83.
- POSTEL, M., WITTING, M., & VAN GEMERT-PIJNEN, L. (2013). Blended behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. *Directieve Therapie*, 33 (3), 210-221.
- PROUDFOOT, J., CLARKE, J., BIRCH, M., WHITTON, A., PARKER, G., MANICAVASAGAR, V., HARRISON, V., CHRISTENSEN, H., & HADZI-PAVLOVIC, D. (2013). Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 13, 312-324.
- RICHARD, D., & RICHARDSON, (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychological Review*, 32, 329-342.
- SCHALKEN, F., BLANKERS, M., DONKER, T., DUINSTRAL, U., GEMERT, M. VAN, HOOGENHUYZE, C. VAN, LIMPER, M., MEIJER, E., ROPER, H., TILANUS, W., & WOLTERS, W. (2013). Handboek online hulpverlening: met internet zorg en welzijn verbeteren. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- SERIN, R.C., KENNEDY, S.M., MAILLOUX, D.L., & HANBY, L.J. (2010). *The origins of treatment readiness*. In A. DAY, S. CASEY, T. WARD, K. HOWELLS, & J. VESS (Eds.), *Transition to better lives: Offender readiness and rehabilitation*. Portland, Oregon: William Publishing.
- WILHELMSEN, M., LILLEVOLL, K., RISØR, M.B., HØIFØDT, R., JOHANSEN, M., WATERLOO, K., EISEMANN, M., & KOLSTRUP, N. (2013). Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13, 296-305.
- ZANDEN, R. VAN DER, KRAMER, J., GERRITS, R., & CUIJPERS, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14 (3), e86.

INTERNATIONAAL EN EUROPEES STRAFRECHT EN MENSENRECHTEN / INTERNATIONAL AND EUROPEAN CRIMINAL LAW, AND HUMAN RIGHTS LAW (1)

Het Europees anti-foltercomité andermaal kritisch over de detentiecondities in België

VINCENT EECHAUDT^a

- ^a Post-doctoraal onderzoeker, Institute for International Research on Criminal Policy, Vakgroep Criminologie, Strafrecht & Sociaal Recht, Universiteit Gent (Corresp.: Vincent.Eechaudt@UGent.be)

Eind maart 2016 werd het rapport van het Europees anti-foltercomité vrijgegeven. In het verslag worden de detentiecondities in de gevangenissen van Antwerpen, Doornik, Merksplas en Vorst beschreven en doet het comité verschillende aanbevelingen. De voornaamste kritiek heeft betrekking op de overbevolking, het ontbreken van een minimumdienstverlening, de opsluiting van geïnterneerden in gevangenissen zonder aangepaste zorg, de verouderde *infrastructuur* en het gebrek aan activiteiten. In deze rubriektekst worden desbetreffende aspecten kort besproken.

1. INTERNATIONAAL TOEZICHT OP DE BELGISCHE DETENTIECONDITIES

Het anti-foltercomité (CPT) is een Europese monitoringinstantie die gemachtigd is zichzelf toegang te verschaffen tot elke plek waar mensen van hun vrijheid beroofd zijn, met het