



# Forensisch werken met het RNR-model

Het Risk-Need-Responsivity-(RNR-)model is de basis van de forensisch psychiatrische behandeling, zowel klinisch als ambulante. Het biedt een op bewijs gebaseerde en effectieve aanpak voor cliënten die risicovol delict gedrag vertonen. Het model analyseert en voorspelt dit gedrag, waardoor een behandeling op maat mogelijk is.

**SIGNE VONCK**, verpleegkundig specialist GGZ, Fivoor Dordrecht

**NATHALIE KRUIT**, teammanager zorg en verpleegkundig specialist GGZ, Fivoor Rotterdam

## LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- kent u de inhoud en de principes van het Risk-Need-Responsivity-(RNR-)model;
- bent u op de hoogte van de effecten die tot nu toe bekend zijn van het werken met het model;
- weet u dat u met behulp van deze methodiek een behandelplan kunt opstellen in de forensische zorg;
- kunt u als verpleegkundig specialist GGZ met deze basiskennis van de methodiek het gebruik ervan implementeren in de forensische zorg.

## TREFWOORDEN

RNR-model, risico, behoeften, responsiviteit, forensische psychiatrie, dynamische risicofactoren, statische risicofactoren

## 1 STUDIEPUNT

De forensische psychiatrie betreft een gespecialiseerd vakgebied binnen de psychiatrie dat zich toelegt op:

- het begrijpen en behandelen van individuen die een gevaar vormen voor anderen, de samenleving of zichzelf;
- individuen die ernstig grensoverschrijdend of ontwrichtend gedrag vertonen.

Het hoofddoel is het voorkómen van maatschappelijk risicovol (delict) gedrag. Binnen deze context wordt het

Risk-Need-Responsivity- (RNR-)model gehanteerd als een evidence-based interventiemethode ter preventie van risicovol (delict) gedrag en recidive.<sup>1</sup> Het RNR-model is gefundeerd op drie beginselen die leidend zijn bij de behandelingen:<sup>2</sup>

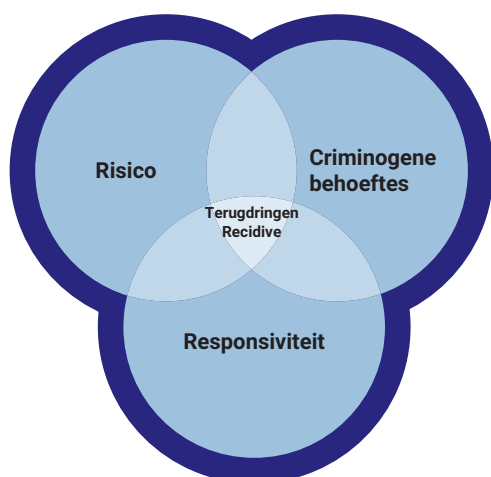
1. het risicobeginsel;
2. het behoeftebeginsel;
3. het responsiviteitsbeginsel.

Het *risicobeginsel* gaat ervan uit dat risicovol (delict) gedrag goed te analyseren is en voorspeld kan worden aan de hand van een risicotaxatie-instrument. Cliënten met een hoog risico dienen een intensievere behandeling te krijgen dan cliënten met een laag risico.

Het *behoeftebeginsel* stelt dat behandeling zich moet richten op de specifieke behoeften van de cliënt die bijdragen aan het risicovol (delict) gedrag. Dit zijn de criminogene factoren, ook wel de dynamische risicofactoren. De term dynamische risicofactoren wordt het meest gebruikt, dus ook in dit artikel. Deze factoren zijn te veranderen door een passende behandeling.

Het *responsiviteitsbeginsel* betekent dat de behandeling afgestemd moet zijn op:

- de persoonlijke factoren;
- de motivatie;
- het leervermogen van de cliënt.



**Figuur 1** Het Risk-Need-Responsivity- (RNR-)model ter preventie van risicovol (delict) gedrag en recidive.

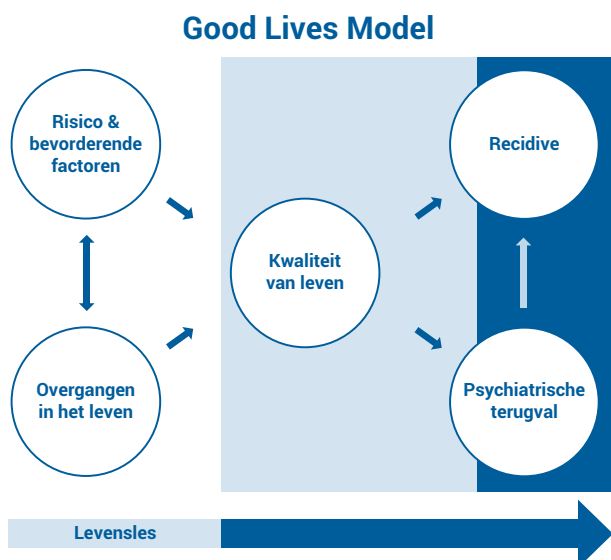
Een ander veelgebruikt model in de forensische psychiatrie is het Good Lives Model (GLM), waarover in 2022 een artikel is verschenen in *NA GGZ*.<sup>3</sup> In dit model staat het bevorderen van welzijn centraal door te focussen op:

- sterke eigenschappen;
- capaciteiten;
- intrinsiek belonende behoeften van de cliënt.

Het verschil tussen de methoden is:

- het RNR-model is gericht op risicobeheersing;
- GLM is gericht op welzijnsbevordering, waardoor het risico op delicten afneemt.

Uit onderzoek blijkt dat behandeling volgens het GLM een positief effect heeft op het behandelverloop van de cliënt. Mogelijk omdat het zich richt op de persoonlijke doelen van de cliënt, wat de motivatie voor behande-



**Figuur 2** Het Good Lives Model (GLM).

ling vergroot.<sup>4</sup> Het RNR en GLM kunnen elkaar goed aanvullen, waardoor risicogestuurde zorg en herstelgerichte zorg hand in hand gaan.

### RISICOBEGINSEL

Twee componenten staan centraal in het risicobeginsel.

1. Ten eerste het voorspellen van risicovol (delict) gedrag, aan de hand van risicotaxatie-instrumenten. Empirisch betrouwbare instrumenten worden gebruikt, zoals:
  - in een ambulante setting de Forensische Ambulante Risico Evaluatie (FARE);
  - in een klinische setting de Historisch, Klinisch, Toekomst-Revisie (HKT-R).
2. Ten tweede dat het niveau van de behandeling evenredig moet zijn met het recidiverisico. Aan de hand van de uitkomsten van het risicotaxatie-instrument kan een inschatting gemaakt worden van het recidiverisico. De duur en de intensiteit moeten aansluiten bij het recidiverisico.
  - Bij een laag risico is laag-intensieve behandeling nodig of geen behandeling.
  - Bij cliënten zonder forensisch risico is forensische behandeling niet geïndiceerd.
  - Bij een middelmatig risico volgt vaak een ambulante forensische behandeling al dan niet in combinatie met een beschermde woonvorm.
  - Bij een hoog risico is een veelomvattende en ingrijpende interventie, zoals een klinische opname, nodig.
  - Cliënten hebben een forensische titel, zoals terbeschikkingstelling (TBS), TBS met voorwaarden of reclasseringstoezicht met verplichte behandeling.

Bij een verkeerde afstemming kan het recidiverisico toenemen.<sup>1</sup> Centraal staat het recidiverisico en niet de stoornis.

### BEHOEFTEBEGINSEL

Het behoeftebeginsel richt zich op de behoeften van de cliënt, die samenhangen met recidive. De vraag is vooral wat er behandeld moet worden, de zogeheten criminogene factoren. Ieder individu kan een individuele combinatie van factoren hebben die leidt tot het plegen van delicten. Deze factoren moeten in kaart worden gebracht. Het gaat met name om de *dynamische risicofactoren*.<sup>4</sup> Een strafrechtelijke interventie dient aan te sluiten bij de dynamische risicofactoren die aan delict gedrag en recidive gerelateerd zijn. Dynamische risicofactoren zijn veranderbare risicofactoren die direct samenhangen met het recidiverisico. Voorbeelden hiervan zijn:<sup>1</sup>

- antisociaal gedrag;
- persoonlijkheid;
- middelengebruik;
- problemen met school, werk en/of relaties;
- schulden.

Tabel 1 Overzicht van de dynamische risicofactoren.<sup>5</sup>

dynamische risicofactoren	indicatoren	interventiedoelen
antisociale persoonlijkheid/ grondhouding	impulsiviteit, rusteloosheid, agressief gedrag, prikkelbaarheid	vergroten vaardigheden zelfmanagement, regulatie, agressiehantering
procriminele* attitudes	rationaliseren van delicten, negatieve houding t.o.v. justitie	ombuigen van criminele naar prosociale attitudes/ identiteit
procriminele sociale omgeving	criminele vrienden, isolatie van prosociale anderen	vervangen van criminele vrienden door sociale vrienden
middelengebruik	misbruik van alcohol en/of drugs	verminderen van middelengebruik, aanleren van alternatieven
problemen familie-/ partnerrelaties	slechte relaties, pedagogische en/of emotionele verwaarlozing	aanleren van relationele en sociale (opvoed)vaardigheden
problemen school/ werk	slechte prestaties, laag niveau van tevredenheid	vergroten van vaardigheden en intrinsieke motivatie voor school/ werk
problemen prosociale** vrijetijds-/ dagbesteding	gebrek aan betrokkenheid bij prosociale (recreatieve) activiteiten	aanmoedigen deelname prosociale activiteiten, leren, sport, spel

\* Procrimineel is een beschrijvende term om de kenmerken en behoeften van individuen te benadrukken die bijdragen aan hun neiging tot crimineel gedrag.

\*\* Prosociaal verwijst naar gedragingen, attitudes en vaardigheden die het risico op crimineel gedrag verminderen en bijdragen aan een positieve en constructieve deelname aan de samenleving.

Zie tabel 1 voor een overzicht van dynamische risicofactoren met bijbehorende indicatoren en interventiedoelen.

Statische risicofactoren kunnen ook aangepakt worden, maar zijn niet het hoofddoel van de strafrechtelijke interventies. Ze kunnen daarentegen wel indirect invloed hebben op het terugdringen van het recidive-risico. Dynamische risicofactoren kunnen worden beïnvloed, terwijl statische risicofactoren, zoals geslacht en etniciteit, niet kunnen worden veranderd.

## RESPONSIVITEIT

Met het responsiviteitsprincipe wordt bedoeld dat de casemanager bepaalt welke interventie het best aansluit bij de unieke cliënt. Tijdens de behandeling moet men rekening houden met:

- de waarden;
- leercapaciteiten;
- vaardigheden;
- motivatie van cliënten.

Dan is de behandeling het meest succesvol.<sup>1</sup> Cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben een behandeling nodig op aangepast niveau om te zorgen dat de responsiviteit op de behandeling vergroot wordt. Er kan onderscheid gemaakt worden in:<sup>1</sup>

- algemene responsiviteit: de cognitief-gedragstherapeutische interventies zijn het meest effectief voor het aanleren van nieuw gedrag, ongeacht het probleem;

- specifieke responsiviteit: bij het aanbieden van cognitief-gedragstherapeutische interventies moet rekening worden gehouden met persoonlijke eigenschappen zoals gevoeligheid, verbale capaciteit, cognitieve beperkingen en bezorgdheid van de cliënt.

Een cliënt met een laag IQ kan bijvoorbeeld meer steun en begeleiding nodig hebben om een cognitief-gedragstherapeutische interventie beter te begrijpen. Hiervoor wordt een individueel interventieplan opgesteld. Responsiviteit is een belangrijk onderdeel van het RNR-model. Het benadrukt het belang van interventies die zijn afgestemd op de behoeften en omstandigheden van de unieke cliënt. Op deze manier wordt de kans op een succesvolle behandeling vergroot en de kans op recidive verlaagd.<sup>6</sup> Bij een verlaagde responsiviteit is er een groter risico op no-show of drop-out tijdens de behandeling, waardoor de dynamische risicofactoren onbehandeld blijven. Bij cliënten met een aandachts-tekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), autisme-spectrumstoornis (ASS) en LVB is de kans groter op een verlaagde responsiviteit dan bij mensen zonder deze stoornis.<sup>7</sup>

## Casus Peter

Peter is een 47-jarige man die als gevolg van een geweldsincident TBS met voorwaarden heeft gekregen. De voorwaarden van zijn klinische behandeling en daarna ambulante zorg vanuit een forensische GGZ-instelling.



Peter heeft tijdens een psychotische episode een delict gepleegd. Hij heeft met een wapen schoten gelost. Hiervan waren mensen getuigen, waardoor hij hen ernstig in gevaar bracht. Bij Peter zijn de diagnoses schizofrenie, waar hij zich niet in herkent, en zwakbegaafdheid vastgesteld. Bij Peter wordt een lage emotionele ontwikkeling gezien, waardoor zijn impulsbeheersing en gewetensfunctie onvoldoende ontwikkeld zijn. Peter is door zijn toezichthouder aangemeld bij het Forensisch Flexible Assertive Community Treatment-team (ForFACT), omdat hij beschermd gaat wonen. Volgens Peter zal de verhuizing naar een beschermde woonvorm (BW) niet voor problemen zorgen. Hij heeft niet voor niets veel therapie gehad tijdens zijn klinische opname. De therapieën die Peter heeft gehad, sloten aan bij de motivatie, leerstijl, persoonlijke behoeften en cognitief functioneren. Hierdoor wordt de responsiviteit op de behandeling vergroot bij Peter.

### EFFECTEN RNR-MODEL

Interventies volgens het RNR-model worden in verband gebracht met lagere recidivecijfers dan interventies die niet gebaseerd zijn op het RNR-model.<sup>1</sup> Enkele effecten van het RNR-model op de behandeling van delict gedrag zijn:

- *Betere beoordeling.* Individuele risico's en behoeften van risicovol (delict) gedrag dienen beoordeeld te worden door middel van risicotaxatie; dit helpt bij het identificeren van de dynamische risicofactoren die bijdragen aan hun delict gedrag. Deze beoordeling leidt tot een gericht behandelplan.<sup>8</sup>
- *Effectieve behandeling.* Interventies volgens het RNR-model zijn specifiek ontworpen om de dynamische

risicofactoren aan te pakken, waaronder factoren als verslavingsgevoeligheid, psychische klachten of slechte sociale vaardigheden. Door de behandeling hierop af te stemmen, kunnen de interventies effectief zijn ten aanzien van het verminderen van delict gedrag.<sup>8</sup>

- *Minder recidive.* Uit onderzoek blijkt dat interventies volgens het RNR-model gepaard gaan met lagere recidive cijfers. Dit suggereert dat het model effectief is in het verminderen van delict gedrag en het verbeteren van de resultaten.<sup>8</sup>
- *Kosteneffectief.* Doordat interventies afgestemd worden op de dynamische risicofactoren, is het model kostenbesparend. Interventies die niet goed afgestemd zijn, leiden tot minder effectiviteit en hogere kosten, omdat de dynamische risicofactoren onbehandeld blijven en hierdoor het risico op delict gedrag even hoog blijft.<sup>9</sup>

In het algemeen is gebleken dat het RNR-model een effectieve aanpak is voor het verminderen van delict gedrag.<sup>10</sup>

### Casus Peter (vervolg)

Het risiconiveau is inmiddels afgeschaald van een klinische opname naar een BW met Forensisch FACT-behandeling.

Het ForFACT-team zal:

- de eerder gevolgde behandelmodules herhalen;
- inzetten op het verlagen van de risicofactoren door farmacotherapie te vervolgen;
- de maatschappelijke zaken goed te regelen.

### STAPPENPLAN RNR-MODEL

Doorgaans wordt het RNR-model in vier fasen toegepast.<sup>1</sup>

1. *Beoordeling van het risiconiveau en vaststellen van dynamische risicofactoren.* Dit kan door het afnemen van interviews en door dossierstudie. Indien mogelijk worden familie of andere naasten betrokken om een goed beeld te krijgen. Vervolgens wordt altijd een risicotaxatie-instrument gebruikt. Hiermee wordt informatie verzameld over de achtergrond, het gedrag en de houding van de cliënt. Veelal wordt deze informatie verzameld door een regiebehandelaar, bijvoorbeeld verpleegkundig specialist (VS) GGZ, en een (verpleegkundige) casemanager.<sup>11</sup>
2. *Casusformulering.* De verzamelde informatie wordt met de cliënt besproken. De casemanager verwerkt een samenvatting in het behandelplan. Hierin staat vooral beschreven hoe de achtergrond, persoonlijkheid en het gedrag hebben bijgedragen aan delict gedrag. In deze fase wordt bepaald welke specifieke dynamische risicofactoren behandeld moeten worden.<sup>11</sup>
3. *Interventiebepaling.* De volgende stap is het ontwerpen en uitvoeren van de interventie. De casemanager stelt samen met de cliënt het behandelplan op waarin de dynamische risicofactoren omgebogen worden tot haalbare behandeldoelen. In het behandelplan wordt aangegeven waarmee casemanagers rekening moeten houden om de responsiviteit van de behandeling te vergroten.
4. *Evaluatie.* Eén keer in de zes maanden worden interventies samen met cliënt en betrokken casemanagers geëvalueerd. De uitkomsten laten zien of veranderingen hebben plaatsgevonden. Wanneer er aanwijzingen zijn voor een verhoogd risicovol (delict) gedrag wordt het risicotaxatie-instrument eerder afgenomen.

Peter heeft in de kliniek 12,5 mg olanzapine voorgeschreven gekregen. Hij is dit met enige tegenzin gaan innemen. Hij heeft de medicatie genomen omdat hem verteld werd dat hij dan kan doorstromen naar een woonvorm. Zijn moeder gebruikte ook olanzapine, zij is inmiddels overleden. Peter wijt dit aan het gebruik van olanzapine en heeft zich voorgenomen te stoppen met zijn medicatie als de TBS-titel vervalt. TBS met voorwaarden betekent dat Peter zich aan de voorwaarden moet houden en wanneer hij dit niet doet, kan de TBS in dwangverpleging omgezet worden. De voorwaarden van Peter zijn medicatie-inname en een behandelverplichting. Peter vindt het vervelend dat hij is aangekomen in gewicht sinds hij gestart is met olanzapine. Dit maakt hem soms ook boos en dan scheldt hij de begeleiding uit. De wens om te stoppen met medicatie blijft hij houden tijdens de opstartfase van de behandeling door het ForFACT-team.

Op het gestandaardiseerde risicotaxatie-instrument, de FARE, blijft het risico matig/hoog. De dynamische risicofactoren waar Peter hoog op scoort zijn:

- disfunctionele oplossingsvaardigheden;
- gebrekkige impulsbeheersing;
- disfunctioneren opleiding/werk.

De behandeling vanuit ForFACT richt zich op de dynamische risicofactoren. Tijdens de eerste bespreking van het behandelplan geeft Peter aan wel medicatie te willen blijven gebruiken, maar het liefst andere. Hij merkt dat hij meer kan doen als hij de medicatie gebruikt, zoals vissen. Peter werd bij afbouw van olanzapine in het verleden toenemend psychotisch. In overleg met zijn behandelend VS-GGZ wordt besloten de olanzapine te vervangen door een ander antipsychoticum, namelijk aripiprazol. Tijdens deze overgangperiode wordt de zorg geïntensiveerd vanwege het risico op psychotische decompensatie als gevolg van de medicatieverandering. De casemanagers bezoeken hem tijdelijk twee keer per week.

De medicatieswitch is goed gegaan bij Peter, daarom wordt de intensiteit van de huisbezoeken weer afgebouwd. Na zes maanden hebben Peter en zijn casemanagers het risicotaxatie-instrument, de FARE, opnieuw ingevuld. Hieruit blijkt dat de dynamische risicofactoren waarop Peter eerder hoog scoorde zijn verminderd:

- disfunctionele oplossingsvaardigheden. Wanneer Peter twijfelt over iets, belt hij sneller zijn familie of zijn casemanager voor advies.
- gebrekkige impulsbeheersing. Hoewel hij nog wel eens boos wordt, heeft Peter geleerd om dit aan te geven op de emotiethermometer. Hierdoor ontvangt hij direct ondersteuning en slaagt hij erin zijn boosheid beter te beheersen.
- disfunctioneren opleiding/werk. Peter is weer gestart met vrijwilligerswerk, vist in de weekenden en sport nog steeds.

Peter is vanwege zijn zwakbegaafdheid en lage emotionele ontwikkeling beperkt leerbaar. Het risico dat Peter zonder een verplicht kader stopt met medicatiegebruik is groot. Zijn casemanagers dienen goed rekening te houden met de responsiviteit van Peter. Peter heeft casemanagers met wie hij een goede klik heeft. Omdat zij informatie ook in de vorm van tekeningen geven, begrijpt hij beter wat belangrijk is en wat verwacht wordt. Binnen de behandeling nemen ze elk halfjaar opnieuw een risicotaxatie-instrument af, dat leidend is voor Peters behandeldoelen. Samen met Peter worden de dynamische risicofactoren omgezet naar behandeldoelen.

### VALKUILEN RNR-MODEL

Er is een aantal potentiële valkuilen verbonden aan het gebruik van het RNR-model.<sup>1</sup>

- *Te veel nadruk op het gebruik uit het verleden.* Het RNR-model richt zich op gedrag en het criminele verleden. Dit zou kunnen leiden tot een beperkte focus op de tekortkomingen en dynamische

**ROL VERPLEEGKUNDIG SPECIALIST**

De verpleegkundig specialist (VS):

- maakt zich methodieken eigen die de kwaliteit van de behandeling verbeteren;
- levert een bijdrage om deze methodiek te implementeren in de beroepspraktijk;
- werkt multidisciplinair samen;
- begeleidt, als regiebehandelaar, collega's bij het uitvoeren van het RNR-model.

risicofactoren van de cliënt, in plaats van een focus op sterke punten en potentieel voor verandering.

- *Beperkte toepasbaarheid op diverse populaties.* Het RNR-model is ontwikkeld en gevalideerd in de westerse, geïndustrialiseerde samenleving. Het is mogelijk dat het minder goed toepasbaar en effectief is voor mensen met een andere culturele achtergrond.<sup>10</sup>
- *Geen aandacht voor omgevingsfactoren.* Het RNR-model legt veel nadruk op individuele factoren. Hierdoor ontstaat de kans dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met omgevingsfactoren zoals armoede, discriminatie en gebrek aan toegang tot middelen die bijdragen aan delict gedrag.<sup>12</sup>
- *Beperkte aandacht voor de sociale context.* Doordat er veel nadruk ligt op de individuele factoren wordt mogelijk ook te weinig aandacht besteed aan de rol van sociale factoren zoals gezinsdynamiek, invloed van leeftijdsgenoten en hulpbronnen in de gemeenschap.<sup>12</sup>
- *Ethische bezwaren.* Het RNR-model wordt ook wel bekritiseerd vanwege de nadruk op risicobeoordeling en -beheersing, wat kan leiden tot stigmatisering, etikettering en discriminatie van mensen die delicten hebben gepleegd.<sup>7</sup>

Het is belangrijk dat (verpleegkundig) casemanagers en behandelaren zich bewust zijn van deze valkuilen en het RNR-model zo correct en ethisch mogelijk gebruiken. Braet beschrijft dat het eerdergenoemde GLM een goede aanvulling is op het RNR-model.<sup>13</sup> Door het gebruik van beide modellen worden de risicobeschermende en persoonlijke factoren goed in kaart gebracht.

**Casus Peter (vervolg)**

Na een jaar is het risico op risicovol (delict) gedrag veel lager. Alleen op disfunctionele oplossingsvaardigheden scoort Peter nog hoog, maar dat blijft ook moeilijk vanwege de zwakbegaafdheid en lage emotionele ontwikkeling. Peter

voelt zich goed, is tevreden met zijn huidige medicatie, is afgevallen in gewicht en voelt zich gezonder. De reclasering adviseert de rechter de TBS met voorwaarden niet te verlengen en de VS vraagt een zorgmachtiging aan. Reclaseringstoezicht vervalt. Peter krijgt nog steeds begeleiding van ForFACT, eens in de twee weken. Peter kan binnenkort overgedragen worden aan de reguliere GGZ, omdat er geen verhoogde dynamische risicofactoren meer te behandelen zijn. Hij kan met het nieuwe team verder werken aan herstel. Dat vindt Peter heel fijn, het betekent dat het goed gaat. ■

**LITERATUUR**

1. Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct. New York: Routledge; 2010 May 26.
2. Ward T, Melser J, Yates PM. Reconstructing the Risk-Need-Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and violent behavior* 2007 Mar 1;12(2):208-28.
3. Dijkstra E, Aantjes C. Het Good Lives Model. *Nurse Academy GGZ* 2022;(2):41-4.
4. Ward T, Yates PM, Willis GM. The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity Model: A critical response to Andrews, Bonta and Wormith (2011). *Criminal Justice and Behavior* 2012 Jan;39(1):94-110.
5. Bonta J, Andrews DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation* 2007 Mar 7;6(1):1-22.
6. Landenberger NA, Lipsey, MW. The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology* 2005 Dec;1(4):451-76.
7. Jansen AM, Lem R van der, Roza SJ, et al. Ontwikkelingsstoornissen bij volwassenen in de forensische psychiatrie. *KFZ*, 2018.
8. Singh JP, Desmarais SL, Dorn RA van. A general framework for the assessment of criminal recidivism risk using psychometric, personality, and behavioral data. *Psychological Assessment* 2014;(2):534-45.
9. Welsh BC, Farrington DP, Gouwar BR. Benefit-cost analysis of crime prevention programs. *Crime and Justice* 2015 Sep 1;44(1):447-516.
10. Bonta J, Andrews DA. The psychology of criminal conduct. New York: Taylor & Francis; 2016 Nov 10.
11. Taxman FS, Thanner M, Weisburd D. Risk, need, and responsibility (RNR): It all depends. *Crime & Delinquency* 2006;52(1):28-51.
12. Skeem JL, Monahan J. Current directions in violence risk assessment. *Current directions in psychological science*. 2011 Feb;20(1):38-41.
13. Braet G, Decoene S. Het Risk-Need-Responsivity Model versus het Good Lives Model bij de rehabilitatie van seksuele delinquenten. Een vergelijking tussen Belgische en Canadese behandelingsseenheden.