

Forensisch Klinische Zorg

De zorgstandaard Forensisch Klinische Zorg beschrijft hoe goede zorg vormgegeven kan worden voor patiënten/cliënten in forensisch klinische behandelvoorzieningen. Het primaire doel van forensisch klinische zorg is het voorkomen van strafbaar gedrag of strafrechtelijke recidive (herhaling van strafbaar gedrag) tijdens en na forensisch klinische zorg. Daarmee is deze vorm van zorg erop gericht de maatschappelijke veiligheid te vergroten. Het voorkomen van recidive na uitstroom uit de forensisch klinische zorg wordt nagestreefd door behandeling van de problematiek die aanleiding geeft voor het plegen van delicten. Hierbij verwijst de term problematiek niet alleen naar psychische problematiek, maar ook naar sociale factoren zoals een gebrek aan een steunend sociaal netwerk, vaardigheidstekorten zoals weinig sociale of probleemoplossende vaardigheden, en een gebrek aan beschermende factoren zoals coping en werk of dagbesteding.

Voor wie?

Deze zorgstandaard is bedoeld voor professionals die zorg verlenen aan volwassen forensisch psychiatrische patiënten/cliënten die zijn opgenomen in [een klinische behandelvoorziening](#): Forensisch Psychiatrische Klinieken en Forensische Verslavingsklinieken (FPK's en FVK's); Forensisch Psychiatrische Afdelingen en Forensische Verslavingsafdelingen (FPA's en FVA's); Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's) en Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's).

Patiënten/cliënten in de forensisch klinische zorg

Vaak wordt forensisch klinische zorg binnen een strafrechtelijk kader verleend aan patiënten/cliënten met:

- een psychische/psychiatrische stoornis en/of verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking;
- bij wie sprake is van een verhoogd risico op het opnieuw plegen van een strafbaar feit (of wanneer de ernst van de stoornis en het gepleegde feit daar aanleiding toe geven);
- en bij wie een justitiële maatregel is opgelegd.

De zorg is dan onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, dat wil zeggen een forensische zorgtitel (bijvoorbeeld de tbs-maatregel).

Forensisch klinische zorg wordt daarnaast geboden aan personen zonder een forensische zorgtitel. Het kan bijvoorbeeld gaan om patiënten/cliënten die nog niet veroordeeld zijn en in een PPC verblijven, of veroordeelde patiënten/cliënten zonder behandelmaatregel die forensisch klinische zorg nodig hebben. Daarnaast kunnen civielrechtelijke patiënten met risico op strafbaar gedrag ook forensisch klinische zorg ontvangen.

Patiënten-/cliëntenperspectief

Een behandeltraject in de forensisch klinische zorg is gericht op het verminderen van de kans op potentieel delictgedrag van een patiënt/cliënt en de zorgplicht ten aanzien van de patiënt/cliënt. De behandeling wordt waar mogelijk afgestemd op de persoonlijke behoeften, mogelijkheden, wensen en voorkeuren van de patiënt/cliënt. Het betrekken van naasten en ervaringsdeskundigen in een behandeltraject wordt gezien als een belangrijk onderdeel daarvan.

Uitgangspunten

Aan deze zorgstandaard liggen verschillende principes, modellen en visies ten grondslag. Afhankelijk van het type instelling en afgestemd op de patiënten-/cliëntenpopulatie, kunnen er accentverschillen zijn in de mate waarin een bepaald model of meerdere modellen gebruikt worden. De volgende onderliggende (theoretische) kaders geven richting aan alle onderdelen van de forensisch klinische zorg:

- Het Risk-Need-Responsivity (RNR)-model geeft richting aan waar de behandeling primair op gefocust moet zijn, met welke intensiteit en op welke manier. Het model is voornamelijk gericht op recidivereductie (verminderen van herhaling op strafbaar gedrag).
- Het Good Lives Model (GLM) is gericht op het op acceptabele wijze invullen van de basisbehoeften van de patiënt/cliënt en biedt ruimte aan het gebruikmaken van zijn/haar vaardigheden.
- Het biopsychosociaal model houdt een samenhangende, multidisciplinaire aanpak in om de biologische, psychologische en sociale factoren die van invloed zijn op de forensisch psychiatrische problematiek in kaart te brengen en te behandelen.
- Kracht- en herstelgerichte zorg: op herstelondersteunende wijze kan het herstelproces van de patiënt/cliënt gefaciliteerd worden op het vlak van persoonlijk herstel, klinisch herstel, functioneel herstel en maatschappelijk herstel.

Onderdelen van forensisch klinische zorg

Diagnostiek

Diagnostiek (procesdiagnostiek en/of testdiagnostiek) wordt gedurende de gehele behandeling herhaald en is daarmee onderdeel van het behandelproces. Zo kunnen uit de behandeling nieuwe diagnostische vragen naar voren komen. De beantwoording daarvan geeft vervolgens weer richting aan de behandeling. De keuze van diagnostische instrumenten en activiteiten verschilt per patiënt/cliënt en vindt plaats op indicatie van de behandelverantwoordelijke en de diagnosticus. Diagnostiek in een forensische setting kent een aantal specifieke aandachtspunten:

- De **delictanalyse** is de feitelijke beschrijving van de gebeurtenissen die hebben geleid tot het delict en heeft als doel meer inzicht te krijgen in deze gebeurtenissen, zodat meer richting gegeven kan worden aan de behandeling.
- Het **sociale netwerk** van een patiënt/cliënt kan van invloed zijn op het recidiverisico en kan bijdragen aan het herstel van de patiënt/cliënt. Dit geldt zowel voor het netwerk binnen de instelling als het netwerk daarbuiten.
- Specifiek voor de forensische diagnostiek is een **cultuursensitieve benadering** van belang bij het uitvoeren van risicotaxatie en delictanalyse. Om de culturele context van de patiënt/cliënt en zijn/haar klachten beter te begrijpen wordt aanbevolen om het Cultural Formulation Interview (CFI) af te nemen.
- De diagnostiek en behandeling van problematisch **middelengebruik** is complex. In de relatie tussen middelengebruik en criminaliteit zijn er vaak interacties met andere risicofactoren, zoals psychische stoornissen en situationele factoren. Het is belangrijk dat naast risicotaxatie, diagnostiek en delictanalyse ook een middelanalyse wordt afgenomen.

Risicotaxatie

Risicotaxatie gaat over het inschatten van het risico van herhaald delictgedrag of ander ongewenst gedrag. In Nederland wordt dit doorgaans volgens de methode van het **gestructureerd professioneel oordeel** gedaan op verschillende momenten gedurende het forensische behandeltraject. In principe is een risicotaxatie maximaal een jaar geldig en dient een taxatie dus regelmatig herhaald te worden gedurende het behandeltraject.

Behandeling

Het behandelplan is een belangrijk onderdeel van de gehele behandelcyclus. Een behandelplan wordt op maat, zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt/cliënt (en indien mogelijk naasten) gemaakt en is multidisciplinair van aard. Het betreft een plan dat minimaal elk half jaar wordt geëvalueerd en bijgesteld tijdens het multidisciplinair overleg (MDO).

Er worden globaal drie behandel fasen onderscheiden, namelijk de diagnostische (instroom) fase, behandel fase en resocialisatie- en uitstroom fase. Omdat een behandeltraject een cyclisch proces betreft dat gebaseerd is op regelmatige evaluatie, lopen fasen in de praktijk door elkaar (zie de pijlen die tussen de fasen teruglopen in de figuur hieronder).



In de behandel fase gaat het er in de eerste plaats om dat de patiënt/cliënt zijn/haar risicofactoren of risicovolle situaties leert herkennen. Samen met de patiënt/cliënt wordt gewerkt aan het vergroten van de responsiviteit (afstemming op de mogelijkheden en beperkingen, de leerstijl, voorkeuren en de motivatie van de patiënt/cliënt) om aan de behandel doelen te kunnen werken. De patiënt/cliënt leert wat te doen en te laten om (herhaling van) strafbaar gedrag te voorkomen en leert copingvaardigheden (vaardigheden om goed om te gaan met moeilijke situaties of gebeurtenissen) aan die de risico's kunnen verminderen.

Risicomanagement is gedurende de gehele behandeling van toepassing en houdt in dat risicoverminderende interventies worden uitgevoerd op basis van risicotaxatie en risicoanalyse in combinatie met de conclusies uit de diagnostiek. Risicomanagement omvat **forensische scherpste**: het risico op onveilige situaties voor de samenleving, de patiënt/cliënt zelf, medepatiënten/-cliënten, en ook professionals wordt geminimaliseerd door te handelen op basis van professionele kennis, kennis van de voorgeschiedenis van de patiënt/cliënt, reflectie op spelende belangen en (subtiële) signalen, en communicatie met de patiënt/cliënt en collega's.

Een zorgprofessional formuleert samen met de patiënt/cliënt een signalerings- en een terugvalpreventieplan.

- Een **signaleringsplan** is een beschrijving van de signalen die wijzen op een dreigende crisis of gedrags-escalatie. Het bevat een actieplan waarin wordt beschreven wat de cliënt, diens netwerk en de zorgprofessionals kunnen doen om dit te voorkomen.
- Het **terugvalpreventieplan** omvat de interventies die de patiënt/cliënt helpen zijn of haar dynamische risicofactoren effectief onder controle te brengen en te houden – dus om terugval te herkennen en te voorkomen.

De resocialisatie- en uitstroom fase is de fase waarin de patiënt/cliënt stapsgewijs resocialiseert richting een terugkeer in de maatschappij. Het proces van resocialiseren start al bij aanvang van een behandeltraject. Het doel van resocialisatie is dat een patiënt/cliënt met een aanvaardbaar verlaagd risico op recidive terugkeert in de samenleving (al dan niet met blijvende ondersteuning of beperkingen in vrijheden). De patiënt/cliënt kan een voor hem of haar zinvol leven leiden zonder crimineel of overlastgevend gedrag en ondervindt geen of minder problemen als gevolg van diens psychische problematiek. Wonen, werk, dagbesteding, contact met familie en het sociaal netwerk zijn hierbij belangrijke factoren.

Organisatie van zorg

Forensisch klinische zorg is complex en betreft een **relatief klein onderdeel van de gehele keten**.

Continuïteit van zorg is van belang om de kans op recidive zo klein mogelijk te houden. Voor de terugkeer van een patiënt/cliënt in de maatschappij, zijn de forensische zorginstelling, de reclassering, de reguliere GGZ, de huisartsenzorg en de gemeente belangrijke partners in de zorgketen.

Kwaliteit van de forensische zorg

De kwaliteit van de forensische zorg kan inzichtelijk gemaakt worden met een set van prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie. Prestatie-indicatoren worden ingezet in het kader van behandelplanning en -evaluatie. In de **gids prestatie-indicatoren** wordt per indicator aangegeven op welke settings de indicator van toepassing is.

Houding professional

Een patiënt/cliënt die zich welkom en veilig voelt is meer toegankelijk voor hulpverlening; dit gevoel wordt mede bepaald door de fysieke situatie (gebouw en inrichting) en door de bejegening van de medewerkers. Voor de bejegening gelden als uitgangspunten:

- In de zorgprofessional-patiënt/cliënt relatie streeft de professional naar gelijkwaardigheid in het behandelcontact;
- Steunen, belonen, begrenzen en de-escalatie staan op de voorgrond en er wordt zo weinig mogelijk gebruik gemaakt van dwang- en drangmaatregelen;
- Samenwerking met en ondersteuning van het (pro)sociaal netwerk van de patiënt/cliënt wordt aangemoedigd;
- Motiveren tot gedragsverandering is onderdeel van de behandeling en geen voorwaarde voor de behandeling.

In 2022 is het Kwaliteitskader Forensische Zorg in werking getreden. De zorgstandaard Forensisch Klinische Zorg geeft invulling aan Pijler 2 van het Kwaliteitskader Forensische zorg: *De professional handelt in lijn met de voor de sector beschikbare (zorg)standaarden en multidisciplinaire richtlijnen. Wanneer de professional daarvan afwijkt, motiveert hij/ zij dit zorgvuldig met behulp van door de sector en/ of professie erkende argumenten (Kwaliteitskader FZ: Pijler 2, kwaliteitsaspect 2b).*