

Wegwijzer Klinische Forensische Zorg

Bij Psychose

*Gericht op forensisch psychiatrische patiënten met
psychotische stoornissen: Diagnostiek, risicotaxatie,
behandeling en resocialisatie*

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1. Prevalentie.....	3
1.2. Comorbiditeit	3
1.3. Psychotische stoornissen en geweld.....	3
2. Diagnostiek.....	3
2.1. Algemene diagnostiek.....	3
2.2. Specifieke diagnostiek.....	4
3. Risicotaxatie	4
4. Behandeling.....	5
4.1. Behandelvoorwaarden	5
4.2. Behandelinterventies	6
4.3. Farmacotherapie	6
4.4. Comorbiditeit	6
4.5. Dwangbehandeling.....	6
4.6. Behandelevaaluatie.....	7
5. Resocialisatie	7
6. Organisatie van zorg.....	8
7. Relevante verwijzingen	8

1. Inleiding

Deze Wegwijzer is gericht op wat uniek is voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie van forensisch psychiatrische patiënten worden beschreven. Het beschrijft procedures, inschattingen en interventies waarvoor enige empirische steun bestaat of die door onderzoek worden ondersteund (evidence-based), dan wel interventies die deskundigen optimaal achten en die het veld frequent toepast (best practice).

De inhoud is gebaseerd op het [Zorgprogramma Psychotische Stoornissen](#) van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

1.1. Prevalentie

Psychotische stoornissen komen veel voor binnen de forensische zorg. In 2020 was bij ongeveer 18% van de forensisch psychiatrische patiënten sprake van een psychotische stoornis, waarbij de prevalentie veel hoger is in de klinische dan in de ambulante setting. Binnen de tbs-setting heeft ruim 25% van de patiënten een psychotische stoornis.

1.2. Comorbiditeit

Meervoudige problematiek en overlappende diagnostische categorieën komen bij deze forensische doelgroep veelvuldig voor. Persoonlijkheidsstoornissen, middelenmisbruik en stemmingsstoornissen zijn comorbide stoornissen die frequent aanwezig zijn. In de klinische forensische praktijk blijkt de comorbiditeit, en vooral die tussen psychotische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen, onvoldoende te worden onderkend. Bovendien komt somatische problematiek eveneens veelvuldig voor. Deze comorbiditeit betreft een uiteenlopende reeks van aandoeningen. Het [Zorgprogramma Psychotische Stoornissen](#) beschrijft een uitgebreide lijst van psychische en fysieke comorbiditeit.

1.3. Psychotische stoornissen en geweld

Een meerderheid van de patiënten met een psychotische stoornis raakt nooit als dader betrokken bij een geweldsmisdrijf. Wel is deze groep patiënten oververtegenwoordigd in gevangenispopulaties en komen ze vaker via justitie in behandeling dan andere groepen psychiatrische patiënten. Uit de literatuur over de relatie tussen psychosen en geweld blijkt dat deze relatie complex is; er zijn meerdere factoren die leiden tot geweld bij psychose en er is interactie tussen deze factoren. Onderzoeksresultaten laten zien dat psychotische stoornissen op zichzelf het risico op geweld kunnen vergroten, maar dat vooral comorbide stoornissen zoals verslaving en persoonlijkheidsproblematiek de risico's op geweld aanzienlijk doen toenemen. De groep psychotische daders is zeer heterogeen en waarschijnlijk varieert de samenstelling ook per forensische setting.

2. Diagnostiek

2.1. Algemene diagnostiek

Bij de doelgroep wordt algemene en specifieke diagnostiek toegepast. Algemene diagnostiek is de diagnostiek die alle forensisch psychiatrische patiënten ondergaan, zoals dossieronderzoek, medisch somatisch onderzoek, psychiatrisch onderzoek etc. In de forensische zorg neemt het opstellen van een delictanalyse een belangrijke plaats in binnen de diagnostiek.

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. Hierbij spelen onder andere de context waarin het delict heeft plaatsgevonden, persoonlijkheid, psychische welbevinden en eventueel middelengebruik van de patiënt een rol. Hoewel de relatie van delict en stoornis alleen individueel valt vast te stellen, is er bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis vaak meer sprake van gedeeltelijke of gehele ontoerekenbaarheid dan bij andere stoornissen. Voor delictdiagnostiek is terugdringing van het acute psychotische functioneren een noodzakelijke voorwaarde, voor zover de symptomen zijn gerelateerd aan het delict. Een uitgebreide beschrijving van de algemene diagnostiek is te vinden in het [Basis Zorgprogramma](#) van het EFP en de [Wegwijzer Klinische Forensische zorg](#).

2.2. Specifieke diagnostiek

De problematiek bij patiënten met psychotische stoornissen binnen de forensische psychiatrie is veelal complex. Er is vaak sprake van een lange, problematische voorgeschiedenis, ernstige comorbiditeit en vele omgevingsfactoren die de pathologie beïnvloeden. Zorgvuldige diagnostiek moet deze factoren in kaart brengen. Het omvat onder andere het afnemen van semigestructureerde interviews (CASH, SCAN, SCID)¹ indien een psychotische stoornis wordt vermoed. Bij deze interviews komen minimaal de volgende onderwerpen aan bod: stemmingsstoornis, drugsgebruik, wanen, hallucinaties, formele denkstoornis, bizar gedrag en negatieve symptomen.

Ook somatische diagnostiek is van belang. Daarnaast is de diagnose gericht op de motivatie en beschermende factoren. Gezien de complexiteit is het belangrijk tijdens de diagnostische fase vanuit verschillende invalshoeken te werken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de psychose zelf, comorbiditeit, levensloop, culturele achtergrond en systemische aspecten.

Bij de diagnostiek in de forensische populatie dient er expliciet aandacht te zijn voor persoonlijkheidsvariabelen en comorbide persoonlijkheidsstoornissen, alsmede voor verslavingsproblematiek (zie de [Zorgprogramma's Persoonlijkheidsstoornissen](#) en [Forensische Verslavingszorg](#) voor relevante diagnostische instrumenten). Bovendien verdient suïcidaliteit bijzondere aandacht in de diagnostiek van patiënten met psychotische en aanverwante stoornissen.

3. Risicotaxatie

Risicotaxatie is de inventarisatie van risico- en beschermende factoren. Risicotaxatie wordt uitgevoerd met de HCR-20^{V3} of HKT-R voor de klinische settingen en met de FARE voor ambulante behandeling. De FAM kan in beide settingen gebruikt worden als aanvullend risicotaxatie-instrument bij vrouwen. De SAPROF en de START kunnen gebruikt worden om beschermende factoren te meten in zowel klinische als ambulante settingen. Voor het volledige overzicht van relevante risicotaxatie-instrumenten wordt aangeraden de meest recente versie van de [gids Forensische Prestatie-indicatoren](#) te raadplegen.²

¹ Meer informatie over deze instrumenten is te vinden in de Instrumentendatabank van het EFP via <http://www.efp.nl/projecten/kennisdatabanken>.

² Meer informatie over de genoemde instrumenten is ook te vinden in de Instrumentendatabank van het EFP via <http://www.efp.nl/projecten/kennisdatabanken>.

Voor deze patiëntenpopulatie geldt dat een patiënt voldoende moet zijn gestabiliseerd voordat de risicotaxatie plaatsvindt, ook in het geval van herhaalde risicotaxaties. In het geval van een (blijvend) onvoldoende stabilisatie voeren de behandelaren de risicotaxatie niet gezamenlijk met de patiënt, maar eenzijdig uit.

4. Behandeling

Het primaire streven van behandeling binnen de forensische zorg is recidive voorkomen door de dynamische risicofactoren tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen en de beschermende factoren te versterken. Bij de behandeling van forensische patiënten met een psychotische stoornis wordt vooral uitgegaan van het kwetsbaarheid- of herstelmodel. Herstel en herstelondersteunende zorg zijn steeds meer leidende begrippen geworden³.

De activiteiten en modules zijn gerelateerd aan de fasen van het herstelproces (stabilisatie, heroriëntatie, rehabilitatie en participatie) en zijn gericht op:

- crisisinterventie;
- dagstructurering, gericht op oriëntatie en instandhouding of ontwikkeling van praktische vaardigheden;
- ontwikkeling van sociale vaardigheden;
- rehabilitatie: Liberman-modules, individueel gerichte rehabilitatietechnieken en omgevingsgerichte rehabilitatie;
- verslaving, onder andere door psycho-educatie, behandeling en afspraken rond drugsgebruik en urinecontrole;
- het sociale netwerk, c.q. de personen die belangrijke steun verlenen, dagactiviteiten, huisvesting, zorgmanager en reclassering.

4.1. Behandelvoorwaarden

Patiënten met een psychotische stoornis hebben een wezenlijk andere benadering en bejegening nodig dan mensen met een andere psychiatrische stoornis. Hiertoe zijn aansluiting bij de beleving van de patiënt en de erkenning van zijn visie van groot belang. Dit geldt nog sterker in de forensische psychiatrie omdat de patiënten mede op grond van hun verwrongen denken zeer ernstige en zware delicten hebben gepleegd. Het gaat hier om erkenning van de psychotische wereld zonder deze te veroordelen, zodanig dat er meer zicht komt op de inhoud van die wereld.

Een forensisch psychiatrische patiënt met een psychotische stoornis heeft zelden een op verbetering van zijn stoornis gerichte hulpvraag en meldt zich zelden zelf aan voor een psychiatrische behandeling gericht op delictpreventie. De forensisch psychiatrische behandeling is specifiek gericht op werken aan inzicht en motivatie, zodat de vraag om bescherming en veiligheid van de maatschappij en de hulpvraag van de patiënt zoveel mogelijk samenvallen.

Sociotherapie en een therapeutisch milieu zijn psychosociale interventies die met name in de forensische psychiatrie gemeengoed zijn. Voor de huidige doelgroep zijn een aantal onderdelen van extra belang. Denk hierbij onder andere aan activering en ondersteuning van patiënten om zichzelf

³ Hoewel het zorgprogramma voor patiënten met psychotische stoornissen inhoudelijk door het veld breed gedragen wordt, bleek er relatief weinig kennis opgenomen te zijn rondom het thema rehabilitatie en herstel. Middels een call van het Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) is toen nadere invulling aan deze kennis gegeven, die vervolgens in het zorgprogramma is geïntegreerd ([Call 2013-6](#)). In een volgend KFZ-project is er ingezet op de vertaalslag van deze kennis, richting praktisch handelen in de praktijk ([Call 2016-6](#)).

en hun omgeving te verzorgen, een vaste week- en dagstructuur en stimulering van patiënten tot zinvolle activiteiten die aansluiten bij hun mogelijkheden.

4.2. Behandelinterventies

De gangbare behandel mogelijkheden hebben een grote overlap met de reguliere ggz en omvatten:

- Farmacologische interventies (bijv. antipsychotica, clozapine)
- Psychosociale interventies (CGT, HIT, psycho-educatie, PMT, muziektherapie, Liberman-training, gezinsinterventies, inzet ervaringsdeskundigen en interventies gericht op stigmatisering).
- Interventies voor verslaving
- Interventies voor persoonlijkheidsstoornissen
- EMDR

Een uitgebreide beschrijving van de bovenstaande behandelvormen is te vinden in het [Zorgprogramma Psychotische Stoornissen](#) van het EFP. Hieronder worden aspecten van twee interventies nader toegelicht die specifiek voor de forensische populatie van belang zijn.

4.3. Farmacotherapie

Medicatie met antipsychotica vormt, naast een goede samenwerkingsrelatie en een zorgvuldige en doelmatige coördinatie van de zorg, de basis van de behandeling van psychotische stoornissen. Patiënten zijn vaak helemaal niet in behandeling geweest of werden langdurig onderbehandeld. Ook hebben ze nog al eens negatieve ervaringen met medicatie. Clozapine wordt voor de doelgroep relatief vaak voorgeschreven, vaker dan in de reguliere psychiatrie, met name wegens de gunstige effecten ervan op agressie en middelenmisbruik. Bij verstandelijk gehandicapten met schizofrenie verdienen antipsychotica van de tweede generatie de voorkeur wegens de grotere gevoeligheid van deze patiëntgroep voor bewegingsstoornissen. Men moet erop bedacht zijn dat forensische patiënten met psychotische stoornissen mogelijk allerlei eigen geneesmiddelen en drugs zoals anabole steroïden, amfetaminen en GHB gebruiken.

Het ziektebesef is dikwijls ontoereikend om medicatietrouw voor langere tijd te waarborgen. In eerste instantie is de behandeling dan gericht op de bevordering van medicatietrouw en ziektebesef. In de forensische zorg is vaak sprake van langere behandelingen wegens de mogelijke consequenties van onvoldoende behandeling.

4.4. Comorbiditeit

De verschillende vormen van comorbiditeit kunnen op elkaar inwerken en daarmee het delict risico beïnvloeden. Voor de behandeling van de comorbide stoornissen geldt als vuistregel dat men begint met de behandeling van de acute psychotische symptomen. Comorbide problematiek als verslaving en persoonlijkheidsstoornissen kunnen elkaar versterken, waardoor het delict risico verhoogd wordt. Behandeling van de verslaving is cruciaal omdat deze verslavende middelen bijdragen aan een grotere kans op zowel een psychose als op geweld. De behandeling van persoonlijkheidsproblematiek is evenzo cruciaal aangezien dit in combinatie met een psychose de kans op een ernstig delict aanmerkelijk vergroot.

4.5. Dwangbehandeling

Dwangbehandeling komt het meest voor bij delict risico's op langere termijn of een onbehandelde psychose. Vaak is er ook sprake van wilsonbekwaamheid. Dwangbehandeling vindt plaats conform de

wettelijke voorschriften en volgens eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit. In de reguliere ggz kan eerder dan in de forensische zorg ingegrepen worden met dwangmedicatie.

4.6 Behandelevaluatie

Omdat behandeling zo complex is en de integratie van vele gegevens vraagt, is behandelevaluatie een vereiste. Om behandelvoortgang te meten en inzichtelijk te maken kunnen uitkomsten van risicotaxaties gebruikt worden bij het vormgeven en bijstellen van de behandeling en begeleiding. Daarnaast kan periodiek de ernst van de problematiek worden geëvalueerd. Afspraken omtrent relevante meetinstrumenten die hiervoor gebruikt worden, zijn geoperationaliseerd in de [gids Forensische Prestatie-indicatoren](#) en worden jaarlijks geüpdatet bij nieuwe ontwikkelingen. Voor wat betreft het meten van de ernst van de problematiek wordt gebruik gemaakt van de HoNOS, MATE, BPRS, IFBE, IFpBE of de DROS.⁴

In termen van behandelvoortgang wordt in de praktijk het sturen op risico's en veranderingen van de ernst van de stoornis niet zo strikt gescheiden als gesuggereerd wordt bij de uitvraag in de prestatie-indicatoren. Dit komt ook tot uitdrukking in het instrumentarium: risicotaxatie instrumenten bevatten bijvoorbeeld ook stoornis- of (gedrags)problematiek gerelateerde items. In de praktijk gebruiken behandelaren naast de hierboven genoemde verplichte instrumenten ook nog andere instrumenten voor behandelevaluatie (zeker diagnose specifiek).

5. Resocialisatie

De algemene voorwaarden voor de start van de resocialisatie (zie het [Basis Zorgprogramma](#)) zijn voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen vaak niet haalbaar. In de resocialisatiefase gaat de voorkeur uit naar inname via depot wanneer er twijfel is over medicatie-inname. Aangeraden wordt om al een tijd voor de verloffase te starten met de depots, zodat patiënten hier aan gewend raken.

De kans op terugval is reëel. Medicatietrouw en de preventie van drugsgebruik zijn de belangrijkste factoren om de terugvalkans te verkleinen. Ook zonder direct delict risico is het belangrijk bij terugval slagvaardig te kunnen optreden. Hiervoor zijn een goed signaleringsplan en goede afspraken voor een gemakkelijke opname zonder onnodige drempels van groot belang.

Gezien de grote prikkelgevoeligheid van patiënten met een psychotische stoornis is het raadzaam telkens goed te monitoren welke prikkels van invloed kunnen zijn tijdens het verlot. Men neemt dan de kennis over de denkwereld, psychotische symptomen en de bekende triggers in het signaleringsplan op en stelt dit telkens bij op grond van de verlotervaringen.

Daarnaast zijn er programmaonderdelen die zich specifiek richten op het verblijf buiten de inrichting zoals begeleiding naar of bij dagbesteding, betaalde arbeid en studie of trainingen in zelfredzaamheid. Vaak is een beschermde omgeving met minder prikkels en aangepaste werktijden nodig om werken mogelijk te maken.

⁴ Meer informatie over deze instrumenten is te vinden in de Instrumentendatabank van het EFP via <http://www.efp.nl/projecten/kennisdatabanken>.

6. Organisatie van zorg

De verschillende aspecten van de organisatie van zorg binnen de forensische psychiatrie zijn beschreven in het [Basis Zorgprogramma](#). Daarbij is aandacht voor de toeleiding en positionering van de zorg in de juridische context. Daarnaast worden de samenwerking tussen forensische zorg en reclassering besproken en wordt ingegaan op de doorstroom (continuïteit en stroom in de behandeling) en continuïteit van zorg (verbetering van de overgang naar de reguliere GGZ).

7. Relevante verwijzingen

Via onderstaande webpagina's kunt u aanvullende informatie vinden over:

- [De zorgprogramma's van het EFP](#)
- [De instrumentendatabank van het EFP](#)
- [Programma Kwaliteit Forensische Zorg \(KFZ\)](#)
- [Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie](#)