

# Wegwijzer Klinische Forensische Zorg

*Gericht op het gemeenschappelijke zorgaanbod voor alle forensisch psychiatrische patiënten, ongeacht specifieke stoornissen en delicten: Diagnostiek, Risicotaxatie, Behandeling, Resocialisatie.*

## Inhoud

1. Inleiding .....	3
2. Forensische zorg.....	3
2.1 Cijfers forensische zorg .....	4
3. Modellen .....	4
4. Diagnostiek.....	5
5. Risicotaxatie .....	5
6. Behandeling.....	6
6.1 Behandelvoorwaarden .....	6
6.2 Risicomanagement .....	6
6.3 Therapeutische interventies.....	7
6.4 Behandelevaluatie.....	7
7. Resocialisatie .....	7
8. Relevante verwijzingen .....	8

## 1. Inleiding

Deze Wegwijzer klinische forensische zorg richt zich op het gemeenschappelijke zorgaanbod voor alle forensisch psychiatrische patiënten, ongeacht hun specifieke stoornissen en delicten. 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).

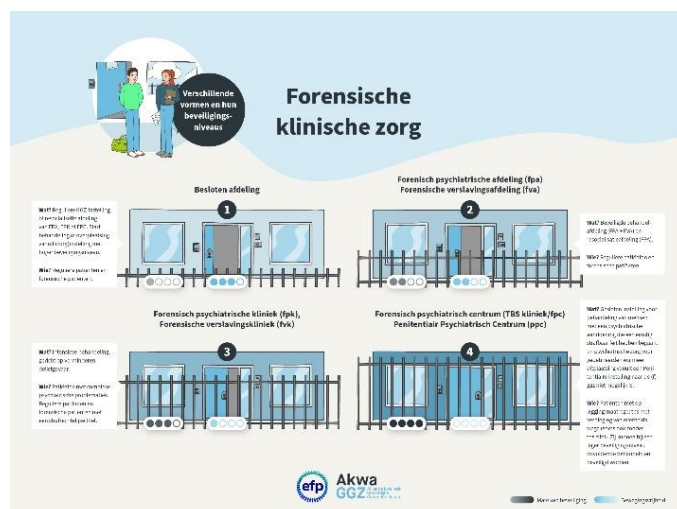
De inhoud is gebaseerd op het [Basis Zorgprogramma](#) van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

## 2. Forensische zorg

Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die verleend wordt in een strafrechtelijk kader, met inbegrip van verslavingszorg en zorg aan verstandelijk gehandicapten. Deze zorg wordt verleend aan personen met een psychiatrische stoornis die een strafbaar feit hebben gepleegd en bij wie het risico hoog is dat zij opnieuw een strafbaar feit gaan plegen. Behandeling van de patiënt, vermindering van recidive en bescherming van de maatschappij vormen het doel van de forensische zorg.

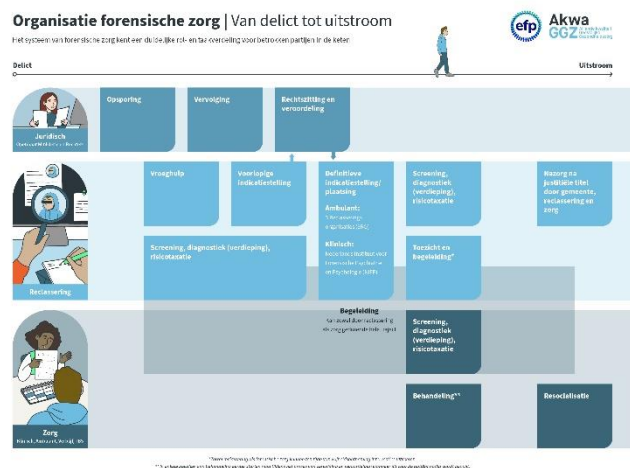
Er zijn verschillende soorten forensische zorg:

- **TBS:** De tbs met dwangverpleging of tbs met voorwaarden is een justitiële behandelmaatregel. De rechter legt deze maatregel op als er sprake is van een ernstig delict (4 jaar gevangenisstraf of langer), een psychiatrische stoornis en gevaar voor recidive. Deze groep wordt behandeld in een forensisch psychiatrisch centrum.
- **Overige forensische zorg:**  
Klinisch: Zorg waarbij een patiënt is opgenomen in een behandelvoorziening. Deze zorg kent vier beveiligingsniveaus. Het verschil in beveiligingsniveau komt vooral naar voren in de materiële kenmerken van de instellingen; bijvoorbeeld de hoogte van de hekken of de mate van bewegingsvrijheid van patiënten. Zie afbeelding hieronder ([klik om te vergroten](#))



Verblijfszorg: Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) bieden persoonlijke verzorging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf, waarbij patiënten in een beschermde omgeving wonen.

Ambulant: Behandeling, begeleiding en dagbesteding, waarbij de cliënt vanuit de eigen woon- en werkomgeving naar de hulpverlener toekomt, of waarbij de hulpverlener de cliënt in diens omgeving bezoekt. In onderstaande afbeelding is de organisatie van zorg, van delict tot uitstroom, schematisch weergegeven (*klik op afbeelding om te vergroten*).



## 2.1 Cijfers forensische zorg

De afgelopen jaren is er een toename in het aantal tbs-opleggingen en een toename van de bezetting in forensisch beschermd wonen. In 2020 waren er 1403 bedden bezet in de tbs, 1017 in de klinische zorg (OFZ\*) en 2066 in de verblijfszorg (OFZ\*). Binnen de ambulante zorg werden in 2020 11.982 mensen geplaatst (zie ook [Infographic DJJ](#)).

## 3. Modellen

Aan de forensische zorg liggen verschillende principes en modellen ten grondslag. Deze onderliggende theoretische kaders geven richting aan alle stappen van de forensische zorg en behandeling. Hierbij gaat het om:

- de What Works principes (waaronder het RNR-model)
- het Good Lives Model
- het herstelmodel
- het rehabilitatiemodel
- het biopsychosociale model

Meer informatie over deze modellen is te vinden in het [Basis Zorgprogramma](#) van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

\* Overige forensische zorg (OFZ)

## 4. Diagnostiek

Het doel van diagnostiek is de persoonlijkheid van de patiënt vanuit een biopsychosociaal perspectief, dus in zijn sociale en (inter)culturele context, in kaart te brengen. Zo worden criminogene factoren, responsiviteit en mogelijkheden tot rehabilitatie geïnventariseerd en wordt nagegaan welke interventies mogelijk zijn om de risicofactoren te reduceren en daarmee de kans op recidive te verminderen.

Het diagnostische onderzoek omvat in ieder geval de volgende onderdelen:

- dossieronderzoek
- medisch-somatisch onderzoek
- psychiatrisch onderzoek
- psychologisch onderzoek
- observatieonderzoek
- onderzoek naar zorgvragen en zorgbehoeften van de patiënt
- vaktherapeutisch onderzoek

De diagnostiek binnen de forensische zorg kent een aantal specifieke aandachtspunten:

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, psychisch welbevinden en eventueel middelengebruik van de patiënt een rol. Binnen het [Programma KFZ](#) is een richtlijn ontwikkeld voor [delictanalyse binnen de forensische zorg](#).

Het **sociale netwerk** van een patiënt is van invloed op het recidiverisico. Dit geldt zowel voor het netwerk binnen de instelling als dat daarbuiten. Deze netwerken dienen dan ook in kaart gebracht te worden. Een aanbevolen instrument om het netwerk in kaart te brengen, is de Forensische Sociaal Netwerk Analyse (FSNA).

**Culturele verschillen** kunnen een beproeving vormen in het behandel- en resocialisatietraject. Diverse rapporten wijzen op de noodzaak voor interculturalisatie: het op een gepaste manier omgaan met allochtonen en zorg op maat te bieden.

**Problematisch middelengebruik** komt veel voor onder forensische patiënten. Bijna twee derde van de populatie van fpc's is verslaafd of heeft te maken gehad met middelengebruik ten tijde van het delict. Het samengaan van psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik leidt vaak tot meer en ernstigere symptomen, therapieontrouw en een grotere kans op terugval in middelen. Delinquentie, psychopathologie, verslaving en overige risico's zijn nauw verweven. Het tijdig herkennen en beoordelen van problematisch middelengebruik is dan ook van groot belang.

## 5. Risicotaxatie

Risicotaxatie is de inventarisatie van risico- en beschermende factoren. Risicotaxatie wordt uitgevoerd met de HCR-20<sup>V3</sup> 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 settings. Voor het volledige overzicht van relevante risicotaxatie-instrumenten wordt aangeraden de meest recente versie van [de gids Forensische Prestatie-indicatoren](#) te raadplegen.<sup>1</sup>

## 6. 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. Dynamische risicofactoren zijn factoren die doorgaans wel te beïnvloeden zijn door behandeling in tegenstelling tot statische risicofactoren. Een aantal voorbeelden van dynamische risicofactoren zijn antisociaal of crimineel gedrag, persoonlijke kenmerken zoals impulsiviteit, rusteloosheid, agressie of een gering vermogen tot zelfregulatie.

### 6.1 Behandelvoorwaarden

*Leefmilieu* - Een veilig en ondersteunend leefmilieu is voor een vruchtbare behandeling onmisbaar. Een juiste beheersing, bejegening en ondersteuning van de individuele patiënt gaan hierbij hand in hand. Op de afdeling gaan patiënten en het personeel veilig, constructief en respectvol met elkaar om, zodanig dat dit nieuwe vaardigheden ondersteunt. De invulling van de vrije tijd vormt daar een belangrijk onderdeel van. Patiënten hebben een overzichtelijk dagprogramma met voldoende rustmomenten.

*Motivatie* - Bij gedwongen behandeling spreekt intrinsieke behandelmotivatie niet vanzelf. Het is de uitdaging om de motivatie bij de patiënt om te buigen van een externe- naar een intrinsieke motivatie. Het vergroten van behandelmotivatie is essentieel, omdat voortijdige uitval veel voorkomt, ernstige consequenties heeft en gebrek aan motivatie het vaakst door cliënten wordt genoemd als reden voor voortijdige uitval.

*Rekening houden met middelengebruik* - Samengaan van psychiatrische stoornissen en middelenmisbruik heeft sterk negatieve consequenties voor de behandeling. Deze comorbiditeit leidt tot meer en ernstigere symptomen, therapieontrouw en een grotere kans op terugval. Bij middelengebruik dient er zo spoedig mogelijk een module ingezet te worden om het gebruik aan te pakken.

### 6.2 Risicomanagement

Risicomanagement speelt een belangrijke rol in de behandeling. Risicomanagement houdt in dat risicoverminderende interventies worden uitgevoerd op basis van risicotaxatie en risicoanalyse in combinatie met de conclusies uit de diagnostiek. Een risicoverminderende interventie kan bestaan uit: het behandelen van risicofactoren, het nemen van beperkende maatregelen, het scheppen van beschermende basisvoorwaarden in verschillende levensdomeinen en monitoren en controleren (signaleringsplan/terugvalpreventieplan).

---

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

### 6.3 Therapeutische interventies

Er zijn verscheidene interventies die gebruikt kunnen worden binnen de forensische zorg. Passend bij de What Works principes dienen interventies toegepast te worden waarvan de effectiviteit zo groot mogelijk is. Het onderstaande overzicht betreft de gangbare behandel mogelijkheden. Een aantal van de therapieën bestaan niet uit vastomlijnde interventies (bijv. sociotherapie), maar heeft wel als doel bij te dragen aan het behandelresultaat:

- Psychotherapie (bijv. CGT, SFT)
- Farmacotherapie
- Sociotherapie
- Psycho-educatie
- Vaardigheidstrainingen
- Vaktherapie

Er is in de forensische zorg steeds meer aandacht voor het betrekken van familieleden en andere naasten. In het kader van herstelgericht werken is het betrekken van naasten erg belangrijk. Uit onderzoek blijkt ook dat het betrekken van naasten bij de behandeling een positief effect heeft op de psychiatrische problematiek en op de kans dat de betrokkene recidiveert. Ook de inzet van ervaringsdeskundigheid kan een positieve uitwerking hebben, maar het effect ervan is, zeker binnen de forensische zorg, nog onvoldoende onderzocht. De inzet van ervaringsdeskundigen is in de reguliere ggz wijder verbreid en daar kan de forensische zorg van leren.

### 6.4 Behandelbeoordeling

Omdat behandeling zo complex is en de integratie van vele gegevens vraagt, is behandelbeoordeling een vereiste. Om behandelvoortgang te meten 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 het meten van de ernst van de problematiek wordt gebruik gemaakt van de HoNOS, MATE, BPRS, IFBE, IFpBE of de DROS.<sup>2</sup>

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 behandelbeoordeling (zeker diagnose specifiek).

## 7. Resocialisatie

Resocialisatie is verweven met de gehele behandeling. Resocialisatie voltrekt zich namelijk geleidelijk, vanaf de klinische fase tot de beëindiging van de justitiële titel. Het vertrekpunt voor resocialisatie ligt in een grondige analyse van de risicofactoren en een gedegen delictanalyse. Idealiter keert de patiënt via geleidelijk uitbreidend verloop, veilig en verantwoord terug in de samenleving, om daar volledig

---

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

zelfstandig te leven. Dit is echter niet voor alle patiënten weggelegd. In die gevallen is het doel om een leven te realiseren dat optimaal is afgestemd op de zorg- en veiligheidsbehoeften, geheel volgens het rehabilitatieprincipe. Als het om een cliënt gaat die onder toezicht staat van de reclassering en ambulante zorg krijgt, dan gaat het om het werken aan het behouden, vergroten of verkrijgen van vaardigheden die zijn maatschappelijke positie versterken en die hem ondersteunen om delictvrij te leven en/of geen overlast te geven aan zijn omgeving.

Verlof geeft de patiënt de mogelijkheid te oefenen met de in de kliniek verworven vaardigheden en attitudes, alsook deze te consolideren en uit te breiden. Het is belangrijk de patiënt gefaseerd bloot te stellen aan diverse nieuwe prikkels en het verlof geleidelijk uit te bouwen.

Belangrijke factoren bij resocialisatie zijn de motivatie, het verloop van de behandeling, de duur van het justitiële kader en de openheid over het eigen doen en laten. Als het recidiverisico bij resocialisatie hoog is, is plaatsing in een woning binnen de muren van de kliniek het maximaal haalbare. Bij een matig risico, kan gedacht worden aan een woning van een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW). Wanneer deze zorg en begeleiding minder nodig zijn, kan nagegaan worden of een patiënt binnen een project voor begeleid wonen of in een andere instelling, zoals een ggz-instelling kan verblijven. Wanneer het recidiverisico laag is, en de behoefte aan zorg en begeleiding ook, kan een patiënt zelfstandig wonen. Forensische zorg en reclassering moeten vervolgens duidelijke afspraken maken over de werkverdeling van de nodige acties, waaronder het mobiliseren van diverse instanties die een rol (gaan) spelen na afloop van de behandeling en justitiële titel.

In het [Basis Zorgprogramma](#) van het EFP is meer informatie te vinden over resocialisatie en verlof.

## 8. Relevante verwijzingen

Via onderstaande webpagina's kan je aanvullende informatie vinden over:

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