

# **Langdurige forensisch psychiatrische zorg**

Landelijk zorgprogramma voor  
patiënten binnen de langdurige  
forensische psychiatrie

Versie 1

## **Colofon**

© Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2009  
Eindredactie: Dr. M.J. Schabracq  
Coördinatie: D. van Eeden MSc  
Omslag: Tom Rietveld & Yoka van Zuijlen  
Lay-out: Taal & Tekens, Bilthoven  
Druk: Grafisch Centrum Vanderheym, Utrecht  
ISBN: 978-90-76130-16-3  
NUR: 740

Deze uitgave is te bestellen via het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), Churchilllaan 11 (16<sup>e</sup> verdieping), 3527 GV Utrecht.

E-mail: [secretariaat@efp.nl](mailto:secretariaat@efp.nl), tel. 030-2910010.

De zorgprogramma's van het EFP zijn tevens gratis te downloaden via de website: [www.efp.nl](http://www.efp.nl).

## Woord vooraf

Voor u ligt de eerste versie van het 'Zorgprogramma Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg'. Het is het vierde zorgprogramma dat de laatste tijd onder auspiciën van het EFP is verschenen. In 2008 verschenen de eerste versies van de zorgprogramma's 'Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk', 'Persoonlijkheidsstoornissen' en 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag'.

Waar het in deze eerdere zorgprogramma's vooral ging om ter beschikking gestelden in forensisch psychiatrische centra (FPC's) met min of meer specifieke psychiatrische problematiek betreft het hier een minder eenduidige groep patiënten. Hun psychiatrische problematiek loopt sterk uiteen; de voornaamste gemeenschappelijke factor is de langdurigheid van hun forensisch psychiatrische verpleging, wat aangeeft dat hun behandeling tot nu toe onvoldoende effect heeft gehad.

De langdurige forensisch psychiatrische zorg kent verschillende varianten. Enerzijds is er de tbs-variant, ook bekend als *longstay*. Deze variant bestaat uit een voortgezet verblijf in een gespecialiseerde forensisch psychiatrische instelling om de maatschappij te beschermen tegen mogelijke toekomstige delicten. Van systematische behandeling om het delictgevaar terug te dringen is hier geen sprake meer. Daarnaast zijn er GGZ-varianten, waarbij de beveiliging van de verdere maatschappij weliswaar eveneens een grote rol speelt, maar waar het er ook om gaat de patiënten te helpen in de toekomst toch een zo gewoon mogelijk leven te laten leiden.

Het betreft dus vormen van zorg met heel moeilijke patiënten met zeer uiteenlopende psychiatrische problematiek, die een specialistische behandeling en begeleiding vragen. De zorg in dit gebied bevindt zich dan ook in een toestand van permanente ontwikkeling. Deze vormen van zorg liggen in de publiciteit en in de Tweede Kamer ook nogal eens onder vuur. Ten slotte betreft het vormen van zorg die aan de vooravond staan van ingrijpende veranderingen, die in gang worden gezet door het 'Beleidskader Longstay Forensische Zorg' (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98) van het Ministerie van Justitie. Dit zorgprogramma is een poging enige orde te scheppen in deze turbulentie. Een pas op de plaats dus, om te inventariseren waar we het nu eigenlijk over hebben, wat we aan het doen zijn in deze vorm van zorg en hoe dat wellicht beter kan.

Deze eerste versie is uitdrukkelijk een momentopname van het veld, een uitgangspunt voor verdere verbeteringen die zullen worden geboekstaafd in de volgende versies van dit zorgprogramma. Op den duur kan het zorgprogramma dan gaan voorzien in leidraden voor de inrichting van en het handelen in de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

Het zorgprogramma is een initiatief van het werkgebied zelf, financieel mogelijk gemaakt door het Ministerie van Justitie en gecoördineerd door het EFP.

Utrecht, mei 2009  
Dr. I. Embley, directeur EFP

## Dankwoord

In de zomer van 2008 werd de vraag of een zorgprogramma voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg noodzakelijk en haalbaar zou zijn, voorgelegd aan enkele professionals in het forensisch psychiatrisch veld. Dit leverde positieve antwoorden op, al werd ook duidelijk dat het wel een omvangrijke klus zou worden. Het Ministerie van Justitie formuleerde vervolgens een opdracht hiertoe en verleende haar enthousiaste medewerking. Het Expertisecentrum voor Forensische Psychiatrie plande daarop een serie bijeenkomsten, die op vasthoudende, maar positieve wijze werden voorgezeten door Iva Embley. De deelnemers kwamen zo uiteindelijk in vijf maanden tot het onderhavige resultaat. Hoewel het nadrukkelijk een voorlopig product betreft, dat eerder met een komma dan met een punt eindigt, is het wel iets om trots op te zijn.

Ik bedank iedereen die op de een of andere manier bij heeft gedragen. De bijeenkomsten verliepen in een constructieve en plezierig kritische sfeer, waardoor het zorgprogramma in korte tijd tot stand kon komen. In alfabetische volgorde gaat het om de volgende personen.

Drs. A. Beumer (Veldzicht), D. van der Burgt (Pompestichting), drs. W.P. den Boer (De Woenselse Poort), drs. R.J. de Bruine (Veldzicht), dr. Th.A.M. Deenen (Veldzicht), D. van Eeden MSc (Expertisecentrum Forensische psychiatrie, EFP), dr. Iva Embley (Expertisecentrum Forensische psychiatrie, EFP), drs. Wendy Gaertner (Pompestichting), mr. P. de Graaff (DJI, Directie Forensische Zorg), drs. S. Holla (EFP), drs. A. Hertig (Veldzicht), drs. J.J.F.M. de Man (DJI, Directie Forensische Zorg), drs. S.F.H.M. Mikkers (Pompestichting), drs. F. Ponte (Pompestichting), drs. M.W.C. van de Rijdt (Pompestichting), dr. M.J. Schabracq (Human Factor Development), drs. W.A. Vernes (DJI, Directie Forensische Zorg), drs. P. van Zelst (Pompestichting).

Hoewel de langdurige forensisch psychiatrische zorg een relatief klein werkveld is, is een eerste aanzet schrijven tot een zorgprogramma voor dat veld geen klein karwei. Ik ben ervan overtuigd dat dit stuk een mijlpaal zal vormen in de ontwikkeling van dit kleine, maar bijzondere werkveld dat nu eenmaal een speciale maatschappelijke positie inneemt.

Drs. Peter C. Braun  
Clustermanager Patiëntenzorg Longstay Pompestichting



## Inhoudsopgave

<b>Woord vooraf</b>	<b>3</b>
<b>Dankwoord</b>	<b>5</b>
<b>Inhoudsopgave</b>	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel van het zorgprogramma	11
1.3 Achtergrond	12
1.4 Context	13
1.5 Terminologie	14
1.6 Leeswijzer	15
<b>2 Kenniscyclus zorgprogrammering</b>	<b>17</b>
<b>3 Zorgprogrammering</b>	<b>19</b>
3.1 Toepassing zorgprogramma	20
3.1.1 Risicoprincipe	21
3.1.2 Behoeftepincipe	21
3.1.3 Responsiviteitsprincipe	22
3.2 Behandelintegriteit	23
3.2.1 Behandelinterventie	24
3.2.2 Organisatie en management	24
3.3 Evidence based, best evidence en best practice	25
<b>4 Visie, missie en doelstelling</b>	<b>27</b>
4.1 Visie op langdurige forensisch psychiatrische zorg	27
4.2 Missie en doelstelling	29
<b>5 Doelgroep en differentiatie</b>	<b>31</b>
5.1 Doelgroep	31
5.2 Differentiatie van groepen	31
5.2.1 Doel van differentiatie	31
5.2.2 Het differentiatiemodel	32
5.2.3 Uitzonderingsgroepen	35
5.2.4 Meetinstrumenten voor de benodigde mate van zorg en beveiliging	35
5.3 Het begrip behandeling en de juridische kaders	36
5.3.1 De professionele houding van de behandelaar	36
5.3.2 Het forensisch psychiatrische werkveld	37
5.3.3 Grenzen aan de zorg	37
5.3.4 Definities van behandeling	37
5.3.5 Het wetsvoorstel forensische zorg	38
5.3.6 De wet Bopz	39
5.3.7 Blijvend delictgevaarlijken	39
5.3.8 Het verloftoetsingskader	39
5.3.9 Langdurige forensisch psychiatrische zorg	40

<b>6</b>	<b>Instroom</b>	<b>41</b>
6.1	Inleiding	41
6.2	Organisatorische aspecten	42
	6.2.1 Aanmeldingsprocedure	42
	6.2.2 Intake, eerste indicatiestelling en opname	42
	6.2.3 Multidisciplinair werken	44
<b>7</b>	<b>Diagnostiek</b>	<b>45</b>
7.1	Dossieronderzoek	45
7.2	Psychiatrische diagnostiek	46
7.3	Psychologische diagnostiek	47
7.4	Gedragsobservatie	48
7.5	Risicotaxatie	49
	7.5.1 Doel van de risicotaxatie	49
	7.5.2 Risicofactoren	50
	7.5.3 Beschermende factoren	51
	7.5.4 Risicotaxatie-instrumenten	52
	7.5.5 Delictanalyse	54
7.6	Evaluatie van de langdurige forensisch psychiatrische zorg	55
7.7	Kwaliteit van leven	56
7.8	Somatische diagnostiek en zorg	57
	7.8.1 Kwaliteitsnormen	57
	7.8.2 Aandachtspunten voor de somatische zorg	58
7.9	Aanvullend onderzoek	59
	7.9.1 Milieu- en netwerkonderzoek	59
	7.9.2 Interculturele diagnostiek	60
	7.9.3 Informeren van slachtoffers en nabestaanden	60
<b>8</b>	<b>Begeleidings- en rehabilitatiefase</b>	<b>63</b>
8.1	Doelen begeleidings- en rehabilitatiefase	63
8.2	Sociotherapie	63
8.3	Organisatorische aspecten	64
	8.3.1 Start van de behandelfase	65
	8.3.2 Fasen vanuit de patiënt gezien	66
8.4	Teamsamenstelling en deskundigheid	66
8.5	Motivatie van de patiënt	68
8.6	Beveiliging	69
<b>9</b>	<b>Inhoud begeleiding en rehabilitatie</b>	<b>71</b>
9.1	Farmacotherapie	71
	9.1.1 De dwang van de medicatie	72
	9.1.2 Somatische medicatie	72
9.2	Psycho-educatie	72
9.3	Netwerk	73
9.4	Sociotherapeutisch milieu	73
	9.4.1 Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)	74
9.5	Dagbesteding	74
	9.5.1 Arbeid	75
	9.5.2 Educatie	75
	9.5.3 Vrije tijd	75
9.6	Behandeling van comorbide stoornissen	76

9.6.1	Psychotische stoornis en persoonlijkheidsstoornis	76
9.6.2	Verslaving	76
9.6.3	Verstandelijk beperkte patiënten	76
9.6.4	Comorbiditeit met stoornissen op as 1 en 2	77
9.6.5	Somatiek	77
9.6.6	Gezond leven	77
9.6.7	Geriatric	78
9.7	Relaties, intimiteit en seksualiteit	78
9.8	Acceptatie	79
9.9	Geestelijke verzorging	80
9.10	Signaleringsplan	81
9.11	Verlof	81
9.12	Financiën	82
9.13	Interventies op indicatie	82
<b>10</b>	<b>Uitstroom</b>	<b>85</b>
10.1	Uitgangspunten voor uitstroom uit de langdurige forensisch psychiatrische zorg	85
10.1.1	Uitstroomschema 1	85
10.1.2	Uitstroomschema 2	87
10.1.3	Bijzondere uitstroom: overlijden en niet verlengen van de dwangverpleging	88
10.1.4	Uitstroom vanuit de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ	89
10.2	Doel van de uitstroom	89
10.3	Organisatorische aspecten	89
10.3.1	Start van de uitstroom	89
10.3.2	Verkennen van de mogelijkheden bij ketenpartners	90
10.3.3	Samenwerking met ketenpartners	91
10.3.4	Knelpunten bij de uitstroom en wettelijke beperkingen	92
10.3.5	Mogelijke criteria bij de uitstroom	94
<b>11</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>97</b>
11.1	Differentiatie in zorg en beveiliging	97
11.2	Diagnostiek	98
11.3	Verbetering van het behandelmilieu, de behandeling en de begeleiding	99
11.4	Theorie en onderzoek	100
11.5	Relaties	100
<b>Referenties</b>		<b>101</b>
<b>Bijlage I</b>	<b>Zorgzwaarteschal Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (versie 6)</b>	<b>105</b>
<b>Bijlage II</b>	<b>Stroomschema plaatsingsfase longstay</b>	<b>109</b>
<b>Bijlage III</b>	<b>Stroomschema behandelfase longstay</b>	<b>111</b>
<b>Bijlage IV</b>	<b>Checklist voor dossieroverdracht behandelingen bij de opname van longstay-patiënten</b>	<b>113</b>
<b>Bijlage V</b>	<b>Wetgeving omtrent dwangmedicatie</b>	<b>115</b>
<b>Bijlage VI</b>	<b>Afkortingenlijst</b>	<b>117</b>
<b>Bijlage VII</b>	<b>Deelnemerslijst werkgroepen</b>	<b>119</b>



# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

Tot nu toe bestond er geen afgerond zorgprogramma voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit betreft zowel de groep ter beschikking gestelden (tbs-gestelden<sup>1</sup>) met een longstay-indicatie als een groep chronisch psychiatrische patiënten die langdurig de maatschappij ontwricht, risicovol zijn en niet of onvoldoende reageren op de aangeboden behandeling.

Om de toewijzing van patiënten aan groepen en locaties zo zuiver en inhoudelijk mogelijk te kunnen sturen is overleg gevoerd tussen de Directie Forensische Zorg (DFor-Zo) van het Ministerie van Justitie en forensisch psychiatrische centra die longstay-zorg verlenen.

In juni 2009 verstrekte het Ministerie van Justitie de opdracht voor een eerste zorgprogramma voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg. De coördinatie hiervan was in handen van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie te Utrecht, dit op grond van hun gebleken deskundigheid op dit punt bij de productie van drie eerder geschreven landelijke zorgprogramma's in de forensische psychiatrie. Daarnaast werden instellingen die bezig zijn met de ontwikkeling van zorg voor deze doelgroepen benaderd om mee te werken aan het zorgprogramma. Bij dezen wordt ook dank betuigd aan de Pompekliniek voor het beschikbaar stellen van een aantal stukken die aan de basis hebben gelegen van dit zorgprogramma.

## 1.2 Doel van het zorgprogramma

Dit zorgprogramma beschrijft de huidige stand van zaken en de wensen in het veld voor verdere ontwikkeling van de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Uitgangspunten voor deze beschrijving zijn de wettelijke kaders, de beleidskaders, de zorgbehoefte, de beveiligingsbehoefte en het risicomanagement. Allereerst echter twee kanttekeningen.

---

<sup>1</sup> Ter beschikking gestelde: een forensische patiënt ten aanzien van wie een bevel tot verpleging van overheidswege als bedoeld in artikel 37b of 38c van het Wetboek van Strafrecht is gegeven.  
Forensische patiënt: een persoon voor wie forensische zorg noodzakelijk is op basis van een uitspraak van de rechter of een beslissing van de officier van justitie, rechter-commissaris, advocaat-generaal, dan wel Onze Minister.

De omvang van de doelgroep van patiënten is beperkt en de doelgroep is weinig homogeen. Dit bemoeilijkt het uitvoeren van traditioneel statistisch onderzoek dat gebruik maakt van de technieken van het vertrouwde *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en maakt ook dat de uitkomsten van dergelijk onderzoek moeilijker zijn te interpreteren en niet goed generaliseerbaar zijn. Hoewel gebruikmaking van patiëntgegevens uit het buitenland hier enig soelaas kan bieden moet dan wel rekening worden gehouden met de culturele verschillen tussen landen. Hetzelfde probleem geldt ook het ontwikkelen van nieuwe meetinstrumenten die zich specifiek richten op deze doelgroep, alsook de bepaling van hun betrouwbaarheid en validiteit.

Een ander punt is dat de langdurige forensisch psychiatrische zorg wel degelijk deel uitmaakt van de algemene forensisch psychiatrische zorg. Dit betekent ook dat de overlap tussen de twee domeinen aanzienlijk is: niet alles is anders in de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

### 1.3 Achtergrond

De tbs-maatregel bestaat sinds de jaren twintig van de vorige eeuw. Deze maatregel was bedoeld om uit een oogpunt van veiligheid de 'onmaatschappelijken en psychopaten' op humane wijze buiten de maatschappij te houden, om hen na genoegzame verbetering alsnog terug te laten keren in de maatschappij. Resocialisatie is daarom naast beveiliging van de maatschappij de belangrijkste doelstelling van de tbs.<sup>2</sup>

Naast de tbs-patiënten bestaat er een andere groep psychiatrische patiënten die in de maatschappij veel risico's opleveren en daar een ontwrichtend effect hebben. Er is hun weliswaar geen tbs-maatregel opgelegd, maar zij vertonen wel veel overeenkomsten met de tbs-gestelden. In het verleden werden deze psychiatrische patiënten in het kader van de Krankzinnigenwet (KZ-wet) in de chronische psychiatrie opgevangen. De psychiatrische afdelingen die deze functie vervulden, zijn echter vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw in omvang teruggebracht, dan wel gesloten. De opvang van deze langdurige psychiatrische problematiek vond daardoor nog slechts op enkele locaties plaats. Hiermee verdween in de reguliere psychiatrie ook veel expertise om met deze groep moeilijke en risicovolle patiënten om te gaan. Door deze en allerlei andere maatschappelijke ontwikkelingen – zoals de opvattingen over de maakbaarheid van de mens – werd het steeds moeilijker deze patiënten met een chronische aandoening en de daaruit voortvloeiende langdurende risico's onder te brengen in reguliere psychiatrische instellingen. Zowel in de reguliere psychiatrische voorzieningen als in de tbs wordt een behoefte aan aansluitende voorzieningen gevoeld, die een brugfunctie kunnen vervullen en de lacune kunnen opvullen in het huidige zorgaanbod.

---

<sup>2</sup> Voor een uitgebreidere beschrijving van de ontwikkeling van het concept *longstay* zij verwezen naar Van Kordelaar & Van Panhuis (2006) en Feldbrugge (2007).

Binnen de populatie van tbs-gestelden is er een groeiende groep patiënten zichtbaar geworden die ongevoelig blijkt voor de diverse behandelingen die erop zijn gericht het risico dat zij opnieuw delicten zullen plegen terug te dringen tot een aanvaardbaar minimum. Deze groep patiënten heeft veelal wel een intensief behandeltraject doorlopen, maar zonder voldoende resultaat. De maatschappij moet daarom worden beschermd tegen deze patiënten. Om een dergelijke bescherming te kunnen bieden is in januari 2003, op verzoek van het Ministerie van Justitie, een begin gemaakt met het uitbreiden van de landelijke capaciteit voor langdurige forensisch psychiatrische zorg.

In de reguliere psychiatrie bleven enkele inrichtingen zich nog richten op de eerder genoemde groep patiënten, onder andere de GGZ Eindhoven. De chronische forensisch psychiatrische patiënt was verder terug te vinden op afdelingen in forensisch psychiatrische centra, waar zij zo goed mogelijk werden opgevangen, zonder veel hooggespannen verwachtingen op terugkeer naar de vrije maatschappij. Dit betrof eveneens patiënten die door allerlei omstandigheden te weinig profiteerden van het therapeutische aanbod.

Het kabinet besloot de vergoeding voor patiënten in de tbs met een behandelduur van zes jaar of langer te verlagen. Parallel hieraan groeide het inzicht dat patiënten die niet veel of snel konden verbeteren, de zogenaamde 'langzaam lerende patiënten of gehandicapten', beter konden worden opgevangen in een speciaal daarvoor toegeruste omgeving. In 2003 werd daartoe voor deze doelgroep het Kempehuis in gebruik genomen.

De ervaringen leerden dat deze patiënten baat hadden bij een omgeving waarin zij niet voortdurend werden geconfronteerd met medepatiënten die veel sneller vorderingen maakten en daardoor de kliniek weer konden verlaten. Een systematische benadering van deze patiënten in een dergelijke omgeving bleek meer kansen te bieden op een stabilisatie van het psychiatrische beeld en de verbetering van hun kwaliteit van leven. In een aantal gevallen bleek zelfs dat na een periode in deze vorm van langdurige forensisch psychiatrische zorg hervatting van de behandeling alsnog mogelijk was.

Door allerlei beleidsbeslissingen werden steeds meer van deze patiënten aangeboden aan de weinige voorzieningen die er waren. De omvang van de doelgroep bleek ook groter dan aanvankelijk werd gedacht, terwijl de achtergronden van deze patiënten veel minder homogeen bleken dan tot dan toe bekend was.

## 1.4 Context

De voorzieningen voor langdurige forensisch psychiatrische zorg dienen te voldoen aan alle wettelijke verplichtingen die gelden voor instellingen op het gebied van geestelijke volksgezondheid in het algemeen en forensisch psychiatrische centra in het bijzonder.

Naast de wettelijke eisen gelden er beleidskaders. In augustus 2008 heeft de staatssecretaris van Justitie het gewijzigde longstay-beleid bekendgemaakt aan de Tweede

Kamer (TK, 2008/09, 29 452, nr. 92). Het beleid is vervolgens vertaald naar het 'Beleidskader longstay forensische zorg' (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98), dat de uitvoering van het beleid praktische handvatten biedt voor de plaatsing, voortzetting en beëindiging van de longstay-zorg. Ten opzichte van het beleidskader uit 2005 zijn er twee belangrijke wijzigingen.

Ten eerste is de rechtspositie van de tbs-gestelde versterkt door aan de mogelijkheid in beroep te gaan tegen de beslissing tot plaatsing in de longstay-zorg de mogelijkheid toe te voegen in beroep te gaan tegen de voortzetting van de plaatsing. Hierbij is bepaald dat door de minister van Justitie iedere drie jaar een beschikking tot voorzetting van de plaatsing in de longstay-zorg moet worden afgegeven.

Ten tweede is een driedeling gemaakt in de huidige populatie tbs-gestelden in de longstay-zorg. Het betreft blijvend delictgevaarlijke tbs-gestelden die respectievelijk een hoog, matig en laag veiligheidsniveau nodig hebben. Deze differentiatie heeft duidelijk gemaakt dat vooral de laatste categorie niet in een longstay-voorziening hoeft te worden opgenomen. Daarom is de mogelijkheid gecreëerd deze categorie voor te dragen voor uitplaatsing uit de longstay-voorziening naar een andere voorziening waar voldoende zorg en beveiliging kan worden geboden.

Een ander punt is dat er geen patiëntenvereniging bestaat van patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg, wat bij andere doelgroepen wel het geval is. Uiteraard hangt dit samen met de aard van de doelgroep, maar het betekent wel dat niemand het perspectief van deze patiënten in dit zorgprogramma in de eerste persoon verwoordt.

Dit zorgprogramma is het vierde in een reeks. Eerder werden zorgprogramma's beschreven voor de behandeling van psychotisch kwetsbare patiënten, patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en patiënten met een seksueel delict. Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg komen deze groepen uiteraard ook voor. Omdat elders uitvoerige beschrijvingen zijn gegeven van de *state of the art* behandelvormen voor deze groepen wordt dat in dit zorgprogramma niet herhaald. Voor nadere informatie hierover zij de lezer verwezen naar genoemde zorgprogramma's.

## 1.5 Terminologie

In dit zorgprogramma wordt gesproken over 'patiënten', en over behandeling en begeleiding. Op sommige locaties wordt de voorkeur gegeven aan de normalisering van deze termen zoals dat ook in de verpleegzorg wordt gedaan. Voor de duidelijkheid en overzichtelijkheid wordt daar in dit stuk van afgezien. Ook worden omwille van de leesbaarheid de patiënten steeds aangeduid als waren het uitsluitend mannen, wat uiteraard niet het geval is.

Het begrip behandeling heeft binnen en buiten de tbs verschillende betekenissen. In de GGZ zijn alle vormen van behandeling die methodisch leiden tot een verbetering

van de toestand van een patiënt mogelijke onderdelen van een behandeling. Behandeling is daar ook niet *per se* gericht op vermindering van het delictgevaar. Binnen de tbs echter wordt het begrip behandeling opgevat als de verzameling interventies die methodisch en systematisch leidt tot vermindering van het recidivegevaar en daarmee de uiteindelijke resocialisatie dichterbij brengt. Als er bij het afgeven van een longstay-indicatie voor een tbs-gestelde wordt gesproken over het stoppen van de behandeling wordt daarmee bedoeld op de therapeutische activiteiten die specifiek zijn gericht op vermindering van het recidivegevaar. Dat betekent overigens niet dat de overige activiteiten die in de GGZ de behandeling vormen, worden gestopt of niet worden uitgevoerd.

Het begrip behandelbaarheid wordt in dit zorgprogramma gebruikt zoals het begrip is beschreven door Van Kordelaar en Van Panhuis (2006), die behandelbaarheid opvatten als de mate waarin er succes kan worden geboekt in het risicomangement.

## 1.6 Leeswijzer

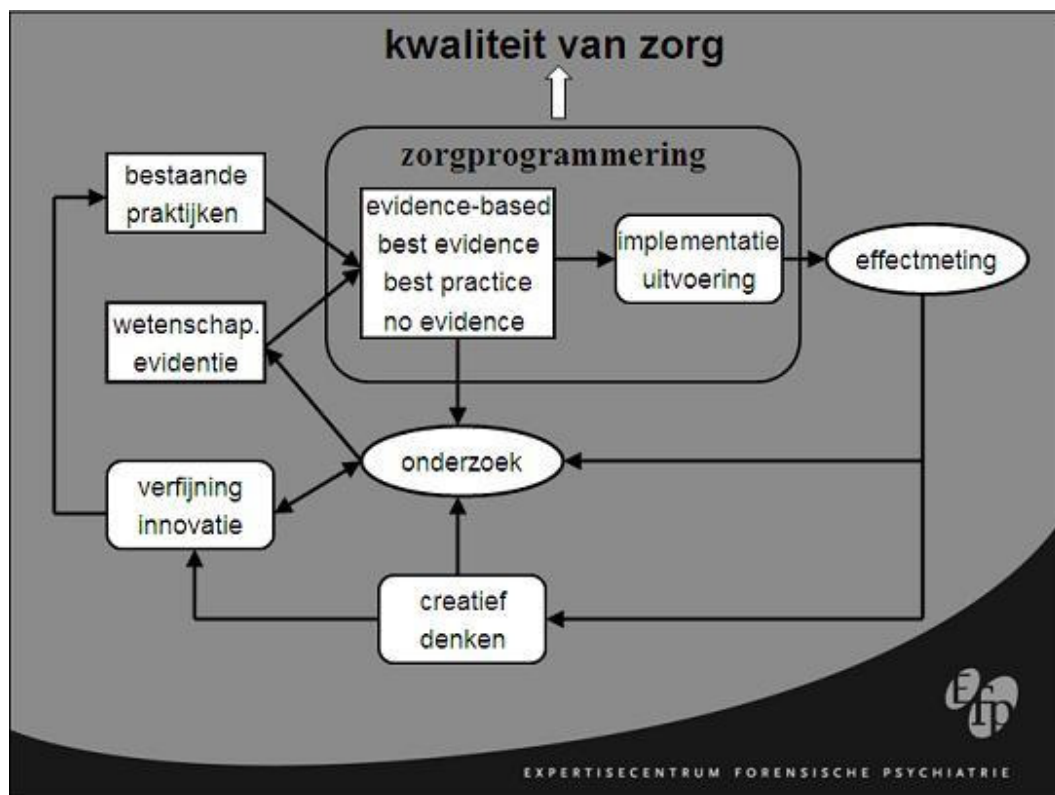
Voorliggend zorgprogramma bestaat uit verschillende hoofdstukken. Hoofdstukken 2 en 3 zijn van algemene aard. In deze hoofdstukken worden onder andere de kenniscyclus van zorgprogrammering en de *what works principles* van Andrews en Bonta (1994) besproken. Vervolgens worden in hoofdstuk 4 de visie, missie en doelstelling van dit zorgprogramma besproken. Hoofdstuk 5 betreft de doelgroep en differentiatie tussen verschillende groepen patiënten. In de hoofdstukken 6 tot en met 10 wordt dieper ingegaan op de verschillende fasen van het verblijf binnen de afdelingen voor langdurige forensisch psychiatrische patiënten. Achtereenvolgens worden besproken: de instroomfase, de diagnostiek, de begeleidings- en rehabilitatiefase en de uitstroom. Hier komen onder andere de organisatorische aspecten, de verschillende diagnostische instrumenten, de beveiliging en de verschillende soorten behandelingen aan bod. Als laatst worden in hoofdstuk 11 alle aanbevelingen die in dit zorgprogramma naar voren komen nog eens op rij gezet.



## 2 Kenniscyclus zorgprogrammering

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren wordt binnen het zorgprogramma uitgegaan van de 'kenniscyclus zorgprogrammering', ontwikkeld door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Hierdoor wordt een nauwe band tussen onderzoek en praktijk binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg geborgd. Vanuit de bestaande praktijk en wetenschappelijke evidentie zijn concepten gedestilleerd die zinvol kunnen zijn voor dit zorgprogramma. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen praktijken die zich respectievelijk laten kwalificeren als *evidence based*, *best evidence*, *best practice* en *no evidence* (zie voor verdere uitleg van deze begrippen 3.3). Een effectmeting van de implementatie van het onderhavige zorgprogramma zal waarschijnlijk nieuwe ideeën opleveren voor wetenschappelijk onderzoek en het creatieve denken rondom dit complexe onderwerp bevorderen. Verder onderzoek zal uiteindelijk leiden tot verfijning en innovatie van de bestaande praktijk. Door de hieronder afgebeelde kenniscyclus te volgen wordt het in de toekomst mogelijk te beschikken over een zorgprogramma dat grotendeels is gebaseerd op *best evidence* in de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

**Figuur 1 Kenniscyclus zorgprogrammering**



**Aanbevelingen**

Om het zorgprogramma in de toekomst zoveel mogelijk te kunnen staven met wetenschappelijke evidentie worden er in de volgende hoofdstukken telkens aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek. Ook worden er voorstellen gedaan om tot een aanpassing van het huidige beleid te komen. In hoofdstuk 11 worden deze aanbevelingen en voorstellen gerubriceerd en samengevat.

### 3 Zorgprogrammering

Nadat zorgprogrammering al eerder haar intrede had gedaan in de algemene Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is dit de afgelopen jaren ook gebeurd in de forensisch psychiatrische centra. Om aan de kwaliteitseisen te kunnen voldoen die heden ten dage worden gesteld aan het werken in de forensische GGZ wordt ernaar gestreefd het aanbod aan interventies beter af te stemmen op de meest voorkomende ziektebeelden en psychische stoornissen. Zorgprogramma's zijn bedoeld om meer samenhang in de zorg te bewerkstelligen. De toenemende complexiteit van de pathologie – denk bijvoorbeeld aan de toenemende incidentie van comorbiditeit en verslavingsproblematiek – van de forensisch psychiatrische populatie vereist een strak gedefinieerd zorgaanbod. Hetzelfde geldt voor het groeiende aantal experimentele behandelmethoden vanuit biologische, sociologische en psychologische invalshoeken.

Zorgprogramma's bieden houvast bij het bewaken van de kwaliteit van een samenhangend hulpaanbod en kunnen ook de aansluiting bevorderen van de verschillende behandel- en begeleidingsfasen die een patiënt doorloopt tijdens het verblijf in een forensisch psychiatrisch centrum. Bovendien kunnen zorgprogramma's de voorwaarden scheppen voor een verbeterde behandelintegriteit (zie 3.2). Op de langere termijn ten slotte kunnen zij helpen tot betere evaluaties te komen, zowel qua proces als qua uitkomst.

Het vakgebied van de forensische psychiatrie bevindt zich in het grensgebied van gezondheidszorg en justitie. De doeleinden van beide vakgebieden bepalen dan ook mede de uitwerking van zorgprogramma's voor dit gebied. Dit vraagt een heldere analyse van zowel de gezondheidszorgaspecten als van de forensische en justitiële kanten van het gedrag van de patiënten. Hoe een psychische stoornis tot het plegen van een delict leidt, is namelijk een zeer ingewikkeld vraagstuk. Enerzijds vraagt dit begrip, medische zorg en respect voor de patiënt, alsook een therapeutische grondhouding. Anderzijds is er behoefte aan structuur, mogelijkheid tot dwang en beveiliging om nieuwe delicten te voorkomen.

Anders dan in de algemene psychiatrie staat in de meeste forensisch psychiatrische centra het recidiverisico centraal en moet er niet alleen rekening worden gehouden met de stoornis, maar ook – en juist – met de kans op nieuwe delicten. In de langdurige forensisch psychiatrische zorg staat de kans op nieuwe delicten echter niet meer zo centraal. De aandacht richt zich daar meer op een steunende en structurerende omgeving scheppen dan op de kans op nieuwe delicten verkleinen. Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg draait het vooral om zorg op maat. Daarom zij ook benadrukt dat een zorgprogramma voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg geen statisch instrument of strikt protocol mag zijn. Het onderhavige zorgprogramma geeft een overzicht van de huidige werkwijzen binnen de afdelingen voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. Het gaat hierbij ook niet om vastliggende concepten en

standpunten. Dit zorgprogramma wil veeleer een richtlijn zijn voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

### 3.1 Toepassing zorgprogramma

De zorgprogramma's in de forensische psychiatrie kenmerken zich door een aantal uitgangspunten, de zogenaamde *what works principles*, die zijn bedoeld om patiënten het beste beschikbare traject aan te bieden. Deze drie principes vormen samen het *risk-needs-responsivity model* van Andrews, Bonta en Hoge (Andrews, Bonta & Hoge, 1990; Andrews & Bonta, 1994). Dit model gaat uit van drie principes, die ten grondslag zouden liggen aan de effectiviteit van een forensisch psychiatrische behandeling. Deze principes zijn:

- het risicoprincipe: de behandeling van mensen met een hoog risico dient intensiever en meer gestructureerd te zijn dan die van mensen met een laag risico;
- het behoefteprincipe: de behandeling moet zich richten op behoeften waarvan bekend is dat deze de kans op recidive vergroten ( de *criminogenic needs*);
- het responsiviteitsprincipe: de behandeling moet zijn afgestemd op de individuele eigenschappen van de patiënt.

Andrews en Bonta (2006) tonen aan dat naarmate deze *what works* principes beter worden toegepast in de behandeling het effect van die behandeling groter is.

Later is er een vierde principe, te weten dat van de behandelintegriteit, aan dit model toegevoegd. Behandelintegriteit is de mate waarin de behandeling op de bedoelde wijze wordt uitgevoerd.<sup>3</sup>

Het onderhavige zorgprogramma onderschrijft eveneens deze vier principes, ook al gaat het hier niet alleen om behandeling, maar vooral ook om zorg en begeleiding.

#### **Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling onderzoek te doen naar de mogelijkheden binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg het *what works* model en de behandelintegriteit aan te laten sluiten bij het *good lives* model van Tony Ward (Ward & Brown, 2004) en de methodieken uit het rehabilitatiemodel.

---

<sup>3</sup> In de Nederlandse literatuur verschenen er uiteenzettingen over deze principes van de hand van De Ruiter & Veen (2004) en De Ruiter & Hildebrand (2005).

### 3.1.1 Risicoprincipe

Het risicoprincipe houdt in dat de intensiteit van de interventie wordt afgestemd op het recidiverisico van de patiënt. Bij een gering risico zou dan kunnen worden volstaan met een behandeling van geringe intensiteit en duur, terwijl een intensievere en langdurigere aanpak zou zijn vereist bij patiënten met een hoog risico. Een verkeerde afstemming kan tot een verhoging van het recidiverisico leiden (Van den Hurk & Nelissen, 2004). Het is dus van belang tot een goede schatting van het recidiverisico te komen met gevalideerde en betrouwbare risicotaxatie-instrumenten.

Het is een misvatting dat de intensiteit van de interventies binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg zou afnemen omdat er niet langer een behandeling plaatsvindt die is gericht op vermindering van het recidiverisico. De interventies richten zich binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg veel meer op de stabilisering van het psychiatrische beeld en de verbetering van de kwaliteit van leven door structuur en grenzen te bieden en patiënten te leren beter voor zichzelf op te komen.

Een andere benadering, die in de GGZ opgeld doet, is die van de *stepped care* of 'getrapte zorg' (Meeuwissen & Van Weeghel, 2003). *Stepped care* biedt een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling die mogelijk is gezien de aard en ernst van de problematiek. Pas als blijkt dat deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt tot een intensievere interventie overgegaan. Een dergelijke kostenefficiënte benadering is in beginsel ook aantrekkelijk in de forensisch psychiatrische praktijk, zeker ook als het gaat om de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit is vooral ook het geval als men hierbij betreft dat het mogelijk is 'op de trap te bewegen', zowel opwaarts als neerwaarts. Het onderhavige zorgprogramma biedt een mogelijkheid beide benaderingen op een innovatieve wijze te integreren.

Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg wordt periodiek bepaald of een verder verblijf in een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg nog noodzakelijk is. Hierbij wordt gebruikgemaakt van risicotaxatie-instrumenten die ook elders in de forensisch psychiatrische zorg worden gebruikt. Deze instrumenten zijn echter ontwikkeld voor een omgeving waarin patiënten worden behandeld om hun recidiverisico te verkleinen. Aangezien hiervan binnen een langdurige forensisch psychiatrische zorgvoorziening amper sprake is, zijn deze instrumenten hier ook niet goed bruikbaar. Door de duidelijk gestructureerde omgeving komt in een dergelijke voorziening feitelijk delinquent of nadrukkelijk delinquent gedrag ook veel minder of haast nooit voor, zonder dat dit betekent dat het recidiverisico lager is (zie ook 7.5.4).

### 3.1.2 Behoefteprincipe

Dit principe heeft betrekking op de vraag wát er binnen een forensisch psychiatrische setting moet worden behandeld. Volgens het behoefteprincipe heeft elk individu zijn eigen individuele combinatie van factoren die tot delicten kan leiden. Deze factoren moeten met risicotaxatie en diagnostiek in kaart worden gebracht.

Behoeften kunnen worden onderverdeeld in algemene behoeften, die vaak voor meer patiënten gelden, en specifieke behoeften (De Ruiters & Veen, 2006). Specifieke behoeften zijn van belang voor een groep patiënten of voor een individu. Dynamische factoren kunnen worden onderverdeeld in acute en stabiele dynamische factoren. Acute dynamische factoren zijn van invloed op de timing van het delict, maar voorspellen geen recidive op de lange termijn (Harris, Rice & Quinsey, 1998). De stabiele dynamische factoren zoals antisociale problematiek vormen meestal de behandeldoelen voor gedragsinterventies. De behandeling en begeleiding moeten volgens het behoefteprincipe goed aansluiten bij de criminogene behoeften van de patiënt (Van der Laan & Slotboom, 2002).

Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg is de kwaliteit van leven een belangrijke beschermende factor voor de individuele patiënt. Het hoofddoel binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg is stabilisering, dan wel verbetering van de psychische conditie om daarmee de gedragmogelijkheden van de patiënt te verbeteren en te vergroten. Evaluatie van de individuele behandeling en de begeleidingsmethodiek is essentieel om de verandering te monitoren. Een dergelijke evaluatie levert ook gegevens op voor meer systematisch wetenschappelijk onderzoek op dit punt. Daarnaast is het van belang in de behandeling en begeleiding ook rekening te houden met andere, bijvoorbeeld meer statische factoren (*risk markers*), die een indicatie van mogelijke problematiek kunnen geven.

### **3.1.3 Responsiviteitsprincipe**

Dit principe geeft aan hoe er moet worden behandeld en begeleid. Een interventie moet bijvoorbeeld zijn afgestemd op de intellectuele, cognitieve en sociale capaciteiten van de patiënt. Daarbij valt te denken aan aangepaste groepstherapie voor extreem angstige patiënten of aangepast materiaal voor patiënten met lees- en leerproblemen. Het gaat dus om factoren van de individuele patiënt die de werkzaamheid van de interventie beïnvloeden, hetzij positief, hetzij negatief. Ogloff en Davis (2004) wijzen op factoren die de responsiviteit bevorderen en factoren die deze belemmeren. Veelal wordt hier een onderscheid gemaakt in interne en externe responsiviteit (Hollin, 1999), waarbij de eerste betrekking heeft op patiëntfactoren en de tweede op de kenmerken van de behandelomgeving en de therapeut. Interne factoren zijn bijvoorbeeld comorbiditeit, maar ook andere neurobiologische en neuropsychologische variabelen zijn hier van belang. Een belangrijke interne factor in effectiviteitsstudies is behandelmotivatie (Drieschner, Lammers & Van der Staak, 2004). Externe factoren betreffen eigenschappen van het behandelteam en de behandelsetting, maar ook de vorm van de behandeling, de beschikbaarheid van adequate gedragsinterventies en de eigenschappen van de therapeut. Een andere externe factor is de gerichtheid van de gehele omgeving op de stabiliteit en verbetering van de kwaliteit van leven en autonomie. Dit gaat dus verder dan de processen die gewoonlijk worden benoemd in de literatuur over milieutherapeutische interventies (Janzing & Kerstens, 1997, 2004).

**Aanbeveling**

Het is van belang dat er onderzoek wordt gedaan naar de mogelijke effecten van specifieke onderdelen van de omgeving. Dit biedt mogelijkheden deze omgeving zo in te richten dat zij optimaal bijdraagt aan de kwaliteit van leven van de patiënten (*environmental technology*).

Ten slotte houdt het responsiviteitsprincipe in dat verschillende risicofactoren op verschillende manieren bij verschillende patiënten moeten worden veranderd. Hier blijkt het belang van een multimodale behandeling. Een multimodale benadering maakt het mogelijk de individuele behandeldoelen in combinatie met de individuele capaciteiten en mogelijkheden optimaal te benaderen. Een dergelijke benadering vereist een flexibele organisatie waarin veel methodieken beschikbaar zijn die naast of na elkaar kunnen worden aangeboden. Dit stelt hoge eisen aan de medewerkers en de aansturing.

**Casus**

Een patiënt kan zich binnen zijn afdeling door zijn beperkte cognitieve en sociale vaardigheden moeilijk staande houden. Hij kan echter wel degelijk met een op hem toegesneden trainingsprogramma zijn assertiviteit verbeteren. Zo realiseert hij voor zichzelf een betere kwaliteit van leven op zijn afdeling. Uiteindelijk kan dit voor hem ook andere mogelijkheden ontsluiten om zijn kwaliteit van leven te verbeteren.

## 3.2 Behandelintegriteit

Zoals eerder aangegeven gaat het bij langdurige forensisch psychiatrische zorg niet in de eerste plaats om behandeling gericht op het verkleinen van het recidiverisico. Wanneer in dit stuk sprake is van behandeling gaat het dan ook in de meeste gevallen om andere vormen van behandeling, bijvoorbeeld gericht op stabilisatie van het psychiatrische beeld, optimalisatie van de kwaliteit van leven en verbetering en stabilisatie van de lichamelijke gezondheid.

Wanneer is vastgesteld welke behandeling werkt, is het vervolgens van belang te bepalen hoe kan worden geborgd dat de behandeling ook zo wordt gegeven als zij is bedoeld (het integriteitsprincipe). Dit is niet alleen een zaak van de uitvoerende sociotherapeuten en behandelcoördinatoren. Ook de organisatie van de instelling en het gehele systeem moeten bijdragen aan het mogelijk maken van het zorgprogramma. Het betreft hier dus randvoorwaarden om een omgeving te creëren waarin effectieve begeleiding en behandeling optimaal mogelijk zijn.

### 3.2.1 Behandelinterventie

- In de forensische psychiatrie geldt over het algemeen dat begeleiding en behandeling zoveel mogelijk in draaiboeken, protocollen en modules moeten zijn vastgelegd om te waarborgen dat zij juist en gestructureerd worden uitgevoerd. Interventies onderbrengen in modules en draaiboeken zorgt ook voor een grotere transparantie van de werkwijze. Daardoor kunnen de effecten van de interventies ook beter worden onderzocht, omdat de interventies zo beter replicerbaar zijn (Nezu & Nezu, 2008).
- Omdat het hier gaat om langdurige forensisch psychiatrische zorg moeten uiteraard ook de interventies die er niet op zijn gericht het recidiverisico structureel te verminderen worden vastgelegd. Men kan hier bijvoorbeeld denken aan interventies die zich richten op het medicatiebeleid bij een psychotisch toestandsbeeld. Door de sterk geïndividualiseerde aanpak binnen de langdurige forensische psychiatrie is het hier echter vaker dan in andere werkvelden noodzakelijk protocollen of draaiboeken aan te passen aan de specifieke omstandigheden en de specifieke patiënt (zie 3.1.3).
- Doordat de langdurige forensisch psychiatrische zorg zo op 'zorg op maat' is gericht betreft het in feite een verzameling parallelle 'N=1'-studies, die op den duur hopelijk zullen resulteren in een richtlijn.
- Voor iedere interventie is het van belang duidelijke doelen te stellen. Dit maakt het mogelijk per individu te bekijken of de desbetreffende interventie wel of niet werkt.
- Door de interventie voortdurend te volgen en te evalueren wordt de integriteit bewaakt, kunnen verbeteringen worden aangebracht en ontstaat er een lerende praktijk. Hierbij moet gebruik worden gemaakt van verschillende bronnen van informatie, zoals stafleden, onafhankelijke deskundigen en patiënten.

### 3.2.2 Organisatie en management

De organisatie dient zo te zijn ingericht dat zij een optimaal draagvlak biedt voor effectieve interventies.

- Allereerst gaat het hier om steun van het management: de instelling waarbinnen de interventie plaatsvindt, moet erop zijn gericht die interventie te laten welslagen. Het management moet bijvoorbeeld prioriteit geven aan de interventie en deze niet a priori laten overschaduwen door het beveiligingsaspect.
- Het is belangrijk een goede coördinator voor het zorgprogramma aan te stellen, die het gehele interventieprogramma coördineert en de begeleiders superviseert en begeleidt. Overigens dienen deze laatsten ook voldoende te zijn opgeleid en ervaren te zijn.
- Het verdient aanbeveling het personeelsbestand op alle niveaus regelmatig te 'verversen' om verstarring in doen en denken te voorkomen en de vitaliteit van de leefgemeenschap op peil te houden. Daartoe dienen de nodige cursussen, alsook bezoeken aan en stages in gelijksoortige voorzieningen (wat voorziet in wat *best practice*-ervaring wordt genoemd).

Uitgaande van het *stepped care model* moeten de inzet en keuze van de beschikbare interventies kosteneffectief zijn. In overleg met de uitvoerende begeleiders kan dan een interventie worden gekozen. De recente ontwikkeling van het registreren van werkzaamheden (DBBC-registratie) kan een hulpmiddel zijn om meer inzicht te krijgen in welke interventies wel en niet worden geïmplementeerd.

#### **Aanbeveling**

Het is van belang na te denken over de plaats en het soort voorziening waarin de langdurige forensisch psychiatrische patiënten worden gehuisvest. Relatief kleine aspecten binnen de leefomgeving kunnen nu eenmaal een belangrijke invloed hebben op het leefklimaat. Zo kan het bijvoorbeeld een groot verschil maken of je gebruikmaakt van een portier dan wel van een systeem met elektronische pasjes met verschillende autorisaties voor de verschillende compartimenten. Kortom, de omgeving beïnvloedt de gesteldheid van de patiënten en daar moet rekening mee worden gehouden.

Onderzoek naar de invloed van omgevingsfactoren op delictgerelateerde en protectieve factoren kan informatie opleveren in hoeverre het zinvol en kosteneffectief is om gedrag te beïnvloeden door dit type omgevingsfactoren.

### 3.3 Evidence based, best evidence en best practice

Uitgangspunt bij het onderhavige zorgprogramma is dat het zoveel mogelijk moet zijn gebaseerd op interventiemethoden waarvan de effectiviteit in de langdurige forensisch psychiatrische zorg empirisch is aangetoond. Hierbij gaat het vooral om een hogere kwaliteit van leven (het principe van *evidence based practice*). Waar systematische empirische evidentie ontbreekt, gaat de voorkeur uit naar interventies die, ten minste uit sommige onderzoeken, als effectief naar voren komen (het principe van *best evidence*) en interventies die in professionele kringen als passend gelden en in het veld brede acceptatie en toepassing genieten (het principe van *best practice*).

De interventies en instrumenten die nu binnen de afdelingen voor langdurige forensisch psychiatrische zorg worden gebruikt komen grotendeels voort uit de reguliere tbs-sector. Er is geen systematisch empirisch onderzoek gedaan naar het gebruik van deze interventies en instrumenten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

Veel methodieken die nu worden gebruikt voor empirisch onderzoek, zoals de benadering met *randomized clinical trials* (RCT's), passen ook niet in de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Controlegroepen, gerandomiseerde toewijzing van patiënten en een *double blind* aanpak zijn hier nu eenmaal onmogelijk, terwijl ook het aantal patiënten veel te klein en te divers is om statistisch verantwoorde conclusies te trekken. Daarom is *evidence based practice* hier dus niet aan de orde en wordt er in deze versie van het zorgprogramma vrijwel alleen gebruikgemaakt van *best evidence* en *best practice*.

Omdat de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de huidige vorm nog maar kort bestaat, is er ook over veel definitiekwesties nog onduidelijkheid. In de nabije toekomst zal het klinische veld zich moeten buigen over de definiëring van begrippen als 'risico' en 'autonomie', zodat er in de vervolgvorsies van dit zorgprogramma op deze punten meer helderheid komt.

**Aanbeveling**

Uiteindelijk moet worden gestreefd naar een zorgprogramma dat zoveel mogelijk is gebaseerd op *best evidence*. Dit betekent dat moet worden verkend welke alternatieve onderzoeksdesigns en methoden van dataverwerking er voorhanden zijn die zich wel lenen voor toepassing in de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan kwalitatief onderzoek, N=1-designs en methoden van data mining. Ook zou het in dit verband zinvol zijn relevante gegevens van de patiënten geanonimiseerd onder te brengen in een gemeenschappelijke database voor onderzoeksdoeleinden.

## 4 Visie, missie en doelstelling

### 4.1 Visie op langdurige forensisch psychiatrische zorg

Op basis van de beschikbare informatie over de langdurige forensisch psychiatrische zorg en het 'Beleidskader longstay' van 1 juni 2009 van het Ministerie van Justitie (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98) kunnen voor dit zorgprogramma de volgende uitgangspunten en overwegingen worden geformuleerd.

Langdurige forensisch psychiatrische zorgpatiënten zijn patiënten die door hun behandelaren en onafhankelijke derden op basis van goed gedocumenteerde afwegingen worden beoordeeld als patiënten die langdurige psychiatrische zorg en enige vorm van beveiliging behoeven wegens hun langdurige delictgevaarlijkheid.

De beveiliging van de maatschappij staat bij deze patiënten voorop. Pas daarna komt de zorg aan bod. Deze patiënten zijn al voor hun daden veroordeeld en hebben ook hun detentie al ondergaan. Zij zijn ook al behandeld voor hun stoornissen, maar met onvoldoende resultaat als het gaat om delictrisico. Daardoor leveren zij ernstig gevaar op voor het leven en welzijn van derden. Deze patiënten zijn bovendien niet plaatsbaar in de reguliere GGZ, omdat daar de vereiste beveiliging niet kan worden geboden.

Langdurig delictgevaarlijk is aan de hand van de volgende criteria gedefinieerd.

- Het risico dat de patiënt een ernstig delict pleegt is zo groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd.
- Om dit risico zo klein mogelijk te houden is naast zorg ook beveiliging noodzakelijk.
- Het delictrisico is ondanks behandeling onvoldoende afgenomen of beheersbaar geworden om af te kunnen zien van beveiliging en zorg.
- Er zijn geen mogelijkheden voor verdere behandeling om het delictgevaar af te laten nemen.

De langdurige forensisch psychiatrische zorg biedt dus een behandelomgeving voor patiënten die langere tijd onvoldoende behandelbaar en resocialiseerbaar zijn gebleven en nog steeds delictgevaarlijk zijn.

Een patiënt komt in de langdurige forensisch psychiatrische zorg terecht als hij alle voor hem geschikte mogelijke behandelingen heeft ondergaan, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar. De onvoldoende behandelbaarheid heeft ook te maken met onvoldoende werkzaam risicomanagement buiten de gespecialiseerde instelling.

Als een patiënt bijvoorbeeld ten gevolge van een goed passend systeem voor risicomanagement minder risico oplevert, blijft het aanbieden van dat risicomanagement en daarmee van forensisch psychiatrische zorg noodzakelijk. Vaak kan de patiënt dan een relatief autonoom bestaan leiden binnen de beperkingen van het systeem voor risicomanagement.

De onvoldoende behandelresultaten, het zich niet staande kunnen houden in de samenleving en de voortdurende delictgevaarlijkheid vloeien grotendeels voort uit ernstige psychopathologie, persoonlijkheidsproblemen of andere problemen in de psychische gesteldheid van de patiënten. Deze patiënten vertonen daardoor beperkingen in hun functioneren die voornamelijk voortvloeien uit onvermogen, onmacht en handicaps. Dwangverpleging en vrijheden onthouden mogen geen extra strafkarakter hebben: beperkende maatregelen gedurende de behandeling en begeleiding zijn nooit bedoeld als straf. Mochten er nieuwe inzichten over de behandelbaarheid van een patiënt ontstaan dan moet dit multidisciplinair worden getoetst in het team. Een besluit hierover evenals indicaties voor verder onderzoek hiernaar moeten in het verplegings- en behandelingsplan worden opgenomen (zie ook hoofdstuk 8).

Een afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg is een gespecialiseerde voorziening voor een specifieke doelgroep van zorg- en beveiligingsafhankelijke forensisch psychiatrische patiënten die langdurig zijn aangewezen op een beveiligde zorgomgeving. Het aanbod aan interventies is primair niet zozeer gericht op uiteindelijke terugkeer zonder beperkingen in de maatschappij, als wel op plaatsing in een voorziening die voldoende zorg en beveiliging kan bieden en de kwaliteit van leven voldoende kan waarborgen.

Op grond van deze overwegingen kan zorgbehoefte als volgt worden geformuleerd. Zorgbehoefte houdt de behoefte in aan behandeling, begeleiding en verpleging met als doel stoornissen en de beperkende gevolgen van de stoornissen te verminderen. Daarnaast moet verergering van de problematiek zoveel mogelijk worden voorkomen en moeten de patiënten leren omgaan met hun stoornissen en handicaps. Hiertoe wordt gebruik gemaakt van de principes van het individuele rehabilitatiemodel. Hiermee wordt ook duidelijk dat het een misverstand is dat er binnen een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg niet zou worden behandeld. Het verschil met een 'reguliere' tbs- of forensische GGZ-behandeling is echter het doel van de behandeling. De geboden behandeling op afdelingen voor langdurige forensisch psychiatrische zorg in de tbs-sector is een samenhangend geheel van activiteiten gericht op het voldoen aan individuele zorgvragen. Het doel is dan telkens zo hoog mogelijk niveaus van autonomie en kwaliteit van leven te bereiken, binnen de beperkingen van de beveiligde omgeving.

Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg zijn een adequaat leefmilieu en omgaan met dit leefmilieu belangrijke componenten. De individueel gerichte zorg wordt vastgelegd in een verplegings- en behandelingsplan (zie ook hoofdstuk 8). De geboden zorg en behandeling richten zich op de stabilisatie van het psychische functioneren van de patiënten en niet primair op terugkeer naar de maatschappij. De be-

scherming van de maatschappij dient te allen tijde in acht te worden genomen bij de uitvoering van de zorg.

## 4.2 Missie en doelstelling

Een van de doelstellingen van de langdurige forensisch psychiatrische zorg, en dan vooral van die in de tbs-sector, is de maatschappij adequaat en effectief te behoeden voor recidive door patiënten vanuit hun stoornis of handicap. Een andere belangrijke doelstelling betreft de patiënten. Deze patiënten zijn burgers die het fundamentele recht op vrijheid en een eigen bepaling van het leven worden onthouden op basis van taxaties van hun delictgevaarlijkheid. Hoe zorgvuldig deze taxaties ook zijn het blijven inschattingen op grond van rudimentaire kennis over de menselijke psyche. Door tbs-gestelden opgenomen te houden in een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg loopt men het risico dat het proportionaliteitsbeginsel rond vrijheidsbeneming op grond van al gepleegde delicten wordt losgelaten en wordt omgezet in vrijheidsbeneming in de vorm van gedwongen verpleging, behandeling en begeleiding ter voorkoming van mogelijke delicten. Het is aan de rechter om het proportionaliteitsbeginsel van de maatregel per individu te toetsen bij de verlengingszitting.

De instellingen die langdurige forensisch psychiatrische zorg bieden, hebben een aantal wettelijke plichten tegenover hun patiënten. Het uitgangspunt is dat de beslissing een patiënt in een verblijf voor langdurige forensisch psychiatrische zorg te plaatsen juist is. Zo is er, naast de periodieke rechterlijke toets over de voortzetting van de tbs-maatregel, de mogelijkheid van beroep tegen de plaatsing in de voorziening, alsook tegen de voortzetting van de plaatsing. Deze driejaarlijkse toets, die vanaf 1 juni 2009 is vereist, beziet de noodzaak van de opgelegde verpleging, behandeling en begeleiding in relatie tot de kans op een delict.

Aangezien behandeling bij deze groep niet het gewenste effect heeft gehad richt de langdurige forensisch psychiatrische zorg zich, als vermeld, niet langer op vermindering van de delictgevaarlijkheid, maar op een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven binnen de nodige vrijheidsbeperkingen.

Vrijheden onthouden, die vanzelf spreken voor iedere burger in onze samenleving, moet gepaard gaan met mededogen met de patiënten en de verplichting hun kwaliteit van leven te optimaliseren. De bejegening van de patiënten moet voortkomen uit humanitaire overwegingen over de uniciteit en waarde van elk leven en uit het recht op een zo menswaardig mogelijk bestaan. De zorg moet zich richten op de restcapaciteiten van de patiënten en hun recht op optimale ontplooiing van hun mogelijkheden om hun perspectief zoveel mogelijk te verbreden. De zorg dient dan ook van een zo hoog mogelijk niveau te zijn, conform de *state of the art* van de wetenschap op dit gebied. Daarnaast zijn de werkhouding van de medewerkers en de organisatiecultuur van de instelling van belang om de balans tussen mededogen en professionaliteit vorm te geven.

Omdat het verblijf in de langdurige forensisch psychiatrische zorg voor veel patiënten lang dan wel levenslang gaat duren, blijft het – als gezegd – de plicht van de desbetreffende instelling de noodzaak van de opgelegde beperkingen periodiek (jaarlijks) te toetsen aan de voortschrijdende inzichten in behandelmogelijkheden en risicotaxaties. Ook is het belangrijk periodiek de mate en aard van de vereiste vrijheidsbeperking in te schatten, zonder risico's af te wentelen op de samenleving. Patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg moeten dus zorg op maat krijgen, terwijl de samenleving beveiliging op maat moet krijgen. Het 'Beleidskader longstay forensische zorg' is voor tbs-gestelden hierin bepalend (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98).

Eventuele wettelijke dwang richt zich slechts op het gedwongen verblijf in de daartoe aangewezen voorziening en op het voorkómen van ernstige ontregeling van de patiënt en zijn leefomgeving, inclusief personeel en medepatiënten, alsook op het voorkómen van geweld tegen zichzelf en anderen. Patiënten worden gestimuleerd deel te nemen aan activiteiten die hun leven kunnen verrijken of verder afglijden kunnen voorkomen en tegengaan. Zo bevordert een financiële prikkel deelname aan arbeid.

Hoewel de patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg niet of maar gedeeltelijk kunnen deelnemen aan het maatschappelijke verkeer buiten de instelling moeten participatie aan de samenleving en de omgang met personen uit de samenleving niet worden belemmerd, anders dan om dwingende redenen van veiligheid.

Bij het bieden van een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven wordt rekening gehouden met de psychosociale beperkingen van de patiënten. Er wordt gestreefd naar behoud en ontwikkeling van hun capaciteiten, alsook naar vraaggerichte zorg en beveiliging op maat binnen het beveiligingskader. Optimale kwaliteit van leven wordt onder andere nagestreefd door zoveel mogelijk autonomie voor de individuele patiënt mogelijk te maken.

Psychiatrische, somatische, psychosociale en systemische ondersteuning en zorg worden de desbetreffende patiënt zoveel mogelijk op maat aangeboden. Ook is er aandacht voor vraagstukken over zingeving, voor zover deze de zorg en behandeling kunnen beïnvloeden en ze tot het domein van de te bieden zorgomgeving behoren.

**Aanbeveling**

Voor de borging van de kwaliteit van de aangeboden zorg kan aansluiting worden gezocht bij de kwaliteitstoetsingssystemen van de reguliere en de forensisch psychiatrische zorg. Wegens de unieke positie van het langdurige forensisch psychiatrische werkveld op het gebied van zorg, behandeling en beveiliging wordt aanbevolen op het veld toegesneden kwaliteitscriteria te ontwikkelen.

## 5 Doelgroep en differentiatie

### 5.1 Doelgroep

Langdurige forensisch psychiatrische zorg is onder andere bedoeld voor tbs-gestelden, bij wie – na eerdere verpleging en behandeling in een tbs-kliniek – goed gedocumenteerd is vastgesteld dat hun delictgevaarlijkheid onvoldoende is afgenomen, dan wel in de nabije toekomst onvoldoende zal afnemen om hun terugkeer in de samenleving mogelijk te maken. Daarnaast zijn er in de GGZ patiënten, meestal met een justitieel verleden, van wie het gedrag gevaarlijk is en de maatschappij ontwricht, die langere tijd forensisch psychiatrische zorg nodig hebben.

De langdurige forensisch psychiatrische zorg biedt enerzijds de patiënten binnen de noodzakelijke beperkingen van hun verblijf en verpleging een hoge kwaliteit van leven, terwijl zij anderzijds de maatschappij zo goed mogelijk beschermt tegen hun nog voortdurende delictgevaarlijkheid.

Over het algemeen richt de langdurige forensisch psychiatrische zorg zich op patiënten, die ondanks langdurige, op vermindering van het delictrisico gerichte therapie, nog steeds delictgevaarlijk zijn. Deze zijn in te delen in de volgende categorieën.

- Patiënten met een chronische psychotische stoornis (functioneel, organisch), die zonder externe sturing en controle een groot risico lopen te vervallen in hernieuwde psychotische episodes.
- Patiënten die een seksueel delict hebben begaan, zoals pedoseksuelen, die gefixeerd blijven op hun deviante seksualiteitsbeleving.
- Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.
- Patiënten met een delictgerelateerde verslavingsproblematiek.
- Verstandelijk gehandicapten die een ernstig delict hebben gepleegd en die wegens hun beperkte verstandelijke vermogens (IQ tussen 70 en 90) zonder externe sturing en controle onvoldoende greep hebben op hun impulsen.
- Patiënten met uiteenlopende stoornissen of combinaties van stoornissen.

### 5.2 Differentiatie van groepen

#### 5.2.1 Doel van differentiatie

De langdurige forensisch psychiatrische zorg is nog een jonge tak van de forensische psychiatrie. Dat brengt de noodzaak van enig ontwikkelingswerk met zich mee. Hierbij valt te denken aan een beter onderscheid tussen groepen binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg, voor welke verschillende maten van behandeling, zorg en

veiligheid (risicomanagement) zijn geïndiceerd. De differentiatie naar zorg en beveiliging dient ervoor recht te kunnen doen aan de heterogene samenstelling van de populatie. Voor sommigen is een uitgebreide materiële beveiliging noodzakelijk, voor anderen meer fysieke zorg of een ruim arsenaal aan activiteiten, soms ook buiten de hekken.

Ook Van Kordelaar en Van Panhuis (2006) wijzen in hun artikel op de noodzaak van differentiatie, maar wijzen ook op de problemen op dit punt. In het 'Beleidskader longstay forensische zorg' van het ministerie van Justitie wordt eveneens gewezen op deze noodzaak (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98). Dit sluit ook aan bij het rapport van de 'Raad voor de Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming', die in februari en april 2008 aanbevelingen deed over de longstay.

### 5.2.2 Het differentiatiemodel

De instellingen voor langdurige forensisch psychiatrische zorg in Nederland verschillen, zoals eerder vermeld, aanzienlijk, maar die differentiatie zal nog verder moeten worden aangescherpt. Daarbij is samenwerking tussen de verschillende aanbieders van langdurige forensisch psychiatrische zorg noodzakelijk. Het differentiatiemodel biedt mogelijkheden patiënten op verschillende dimensies in te delen. Dit maakt het mogelijk de aangeboden behandeling, zorg, begeleiding en beveiliging onderbouwd te differentiëren. Doordat wetenschappelijk onderzoek op dit punt ontbreekt, zal de bepaling van de best voorspellende dimensies nog geruime tijd op zich laten wachten.

De differentiatie kan bijvoorbeeld gestalte krijgen op de wijze zoals die in figuur 2 wordt uitgewerkt.

#### **Casus**

Een voorbeeld van mogelijke differentiatie in beveiliging. Een patiënt in een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg heeft geen begeleid verlofkader. Hij is ouder dan 70, loopt na een meervoudige bypassoperatie veelal met een rollator. Het delict risico van de patiënt wordt echter in zijn oorspronkelijke omgeving nog altijd als hoog getaxeerd. Deze casus ligt gevoelig in de publieke opinie en verlot zou tot maatschappelijke onrust kunnen leiden. Als de patiënt voor controle van hart en vaten naar een algemeen ziekenhuis moet, dient dit daarom te gebeuren onder beveiliging van een speciaal onderdeel van Justitie (de Dienst Vervoer en Ondersteuning). Tegelijkertijd zou dit volgens iedereen die de casus kent even veilig met twee vertrouwde begeleiders van de instelling kunnen gebeuren. Hier krijgt het voorkómen van risico op maatschappelijke onrust prioriteit.

**Aanbeveling**

Onderzoek naar de effectiviteit van diverse behandelregimes en -milieus, als ook van specifieke behandel- en begeleidingsmethodes ontbreekt nog. Het verdient dan ook aanbeveling op dit punt evaluatieonderzoek te doen. De resultaten hiervan kunnen worden gebruikt om middelen efficiënter in te zetten en plaatsingsbeslissingen te verbeteren.

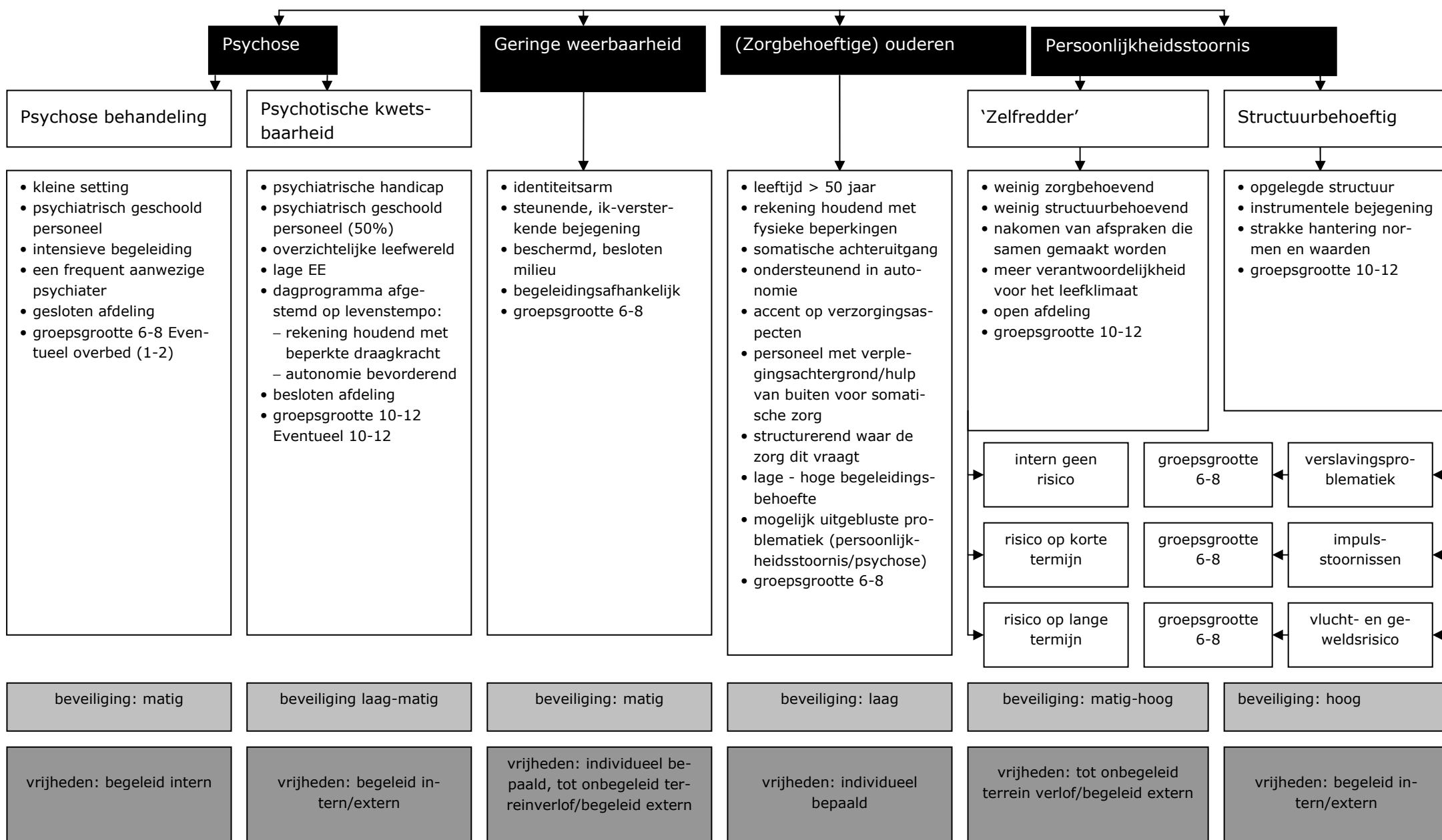
Deze interne differentiatie houdt in dat verschillende afdelingen een verschillend milieu krijgen op grond van de indeling naar begeleidingsnoodzaak en -vorm op basis van primaire pathologie (psychotische problematiek, persoonlijkheidsproblematiek, al dan niet in combinatie met cognitieve beperkingen of ontwikkelingsstoornissen).

Naast deze differentiatie op grond van de pathologie moet de doelgroep ook worden onderverdeeld aan de hand van de noodzakelijke beheersingsmaatregelen, te weten in:

- individueel gericht (omdat sommige patiënten niet kunnen functioneren in groepen);
- groepsgericht.

Een andere overweging bij de samenstelling van afdelingen komt al impliciet naar voren uit het differentiatie-model in figuur 2. Er moet voor worden gezorgd dat patiënten die vanuit hun uiteenlopende problematiek slecht met elkaar omgaan of zelfs een gevaar voor elkaar vormen niet op één afdeling terechtkomen bij de samenstelling van de groepen. Gedacht kan worden aan psychotisch kwetsbaren en agressieve patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, alsook aan patiënten met een laag IQ en psychopaten. Iets soortgelijks kan gelden voor patiënten met behandeldoelen die al te ver uiteenlopen.

**Figuur 2 Het differentiatie-model**



### 5.2.3 Uitzonderingsgroepen

*Gedetineerden.* Incidenteel komt het voor dat gedetineerden met een langdurige gevangenisstraf tijdelijk 'detentieongeschikt' worden bevonden. Veelal worden zij dan tijdelijk in een tbs-kliniek geplaatst, omdat een reguliere psychiatrische voorziening onvoldoende is beveiligd. Zij kunnen per definitie geen gebruik maken van de op resocialisatie gerichte behandeling.

*Vreemdelingen* die ongewenst zijn verklaard, maar vooralsnog niet uitzetbaar blijken, zijn een nieuwe categorie aan het worden binnen de longstay. De reden van plaatsing in de longstay is een resultaat van een patstelling: men kan niet resocialiseren in Nederland, omdat men ongewenst is, en men kan de tbs niet beëindigen omdat er delictgevaar bestaat. Omdat deze groep niet uitzetbaar is, blijft dan continuering van de tbs als enige optie over. Ook voor deze groep bestaan geen verloffaciliteiten en omdat de kliniek geen mogelijkheden ziet voor resocialisatie wordt deze groep aangemeld voor de longstay. De problematiek hoeft echter niet aan te sluiten bij die van de overige patiënten.

*Sterretjesstatus.* In de longstay zit een relatief klein aantal tbs-gestelden met een zogenaamde sterretjesstatus. Zij worden gezien als 'risico interventie patiënt' (RIP) en verblijven soms al vele jaren op een intensieve zorgafdeling binnen een reguliere tbs-kliniek. Er is nauwelijks of geen zicht op resocialisatie en de behandeling maakt veel gebruik van separatie en dwangbehandeling. Aanmelding van deze categorie patiënten voor de longstay vraagt een extra hoog beveiligingsniveau, op het niveau van RIP, plus intensieve zorg. Deze mate van beveiliging is momenteel niet voorhanden.

### 5.2.4 Meetinstrumenten voor de benodigde mate van zorg en beveiliging

Er bleken geen instrumenten voorhanden om de mate van benodigde zorg en beveiliging te meten. Het onderstaande en bijlage I zijn bedoeld als voorzet om tot een dergelijk instrument te komen. Zulke instrumenten zijn onontbeerlijk voor een goede en verantwoorde differentiatie van zorg en beveiliging, bijvoorbeeld in de vorm van een driedeling op deze twee dimensies.

De populatie van patiënten binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg kan worden geanalyseerd op de benodigde mate van zorg en begeleiding. Hiertoe worden voor individuele patiënten de volgende factoren, die direct van invloed zijn op de intensiteit en uitgebreidheid van de zorg en begeleiding, in kaart gebracht.

1. Begeleidbaarheid
2. Impulsiviteit
3. Neiging tot snel ontregeld raken
4. Noodzaak van directe begeleiding, oog in oog en hand in hand
5. Ernst van de stoornis
6. Noodzaak van medicatie en de behoefte aan begeleiding daarbij
7. Mate van autonomie binnen de geboden structuur

8. Noodzaak van controle en toezicht op zaken als drugs, contrabande en omgaan met regels
9. Noodzaak van somatische zorg, voor zover van invloed op de psychische toestand

Daarnaast kan er een overzicht worden gemaakt van de volgende, meer actuariële items.

1. Hoofddiagnose
2. Aanwezigheid van een dubbele of meervoudige diagnose
3. Type indexdelict
4. Biografische gegevens (leeftijd, sekse enzovoort)

De eerste negen variabelen kunnen worden gescoord op driepuntsschalen. De meest recente variant van de schaal is in bijlage I toegevoegd. De taxatie van de vereiste mate van zorg kan over de tijd variëren en hangt ook af van de behandel- en begeleidingsomgeving. Een dergelijke taxatie heeft dan ook slechts een beperkte geldigheid. Op termijn kan onderzoek mogelijk onderscheid maken tussen meer stabiele en meer dynamische factoren.

#### **Aanbeveling**

Onderzoek naar en ontwikkeling van een gestructureerde taxatie van de benodigde zorg en beveiliging (gebaseerd op praktisch risicomanagement) hebben een hoge prioriteit. Op grond van dergelijke taxaties kunnen differentiaties in beveiliging, alsook in behandeling en begeleiding (zorgmilieus) met meer zekerheid en een grotere kans op succes worden aangebracht.

## 5.3 Het begrip behandeling en de juridische kaders

### 5.3.1 De professionele houding van de behandelaar

De functie van behandelaar bepaalt in belangrijke mate de identiteit van professionals in de zorg. De beroepsverantwoordelijkheid van de behandelaar in de reguliere gezondheidszorg houdt, naast het fundamentele ethische principe *primum non nocere* (allereerst geen schade berokkenen) onder andere in dat hij bijdraagt aan de verzelfstandiging (*empowerment*) van hem toevertrouwde patiënten. Daarnaast is het belang van de patiënt altijd het uitgangspunt en wordt de behandelaar gezien als een voor spreker voor zijn patiënt (*patient advocate*). Samenvattend: het werken vanuit het perspectief van de patiënt is het uitgangspunt in de reguliere, op vrijwilligheid gestoelde en vraaggestuurde gezondheidszorg. Dit neemt overigens niet weg dat ook hier wet- en regelgeving een grote rol spelen.

### **5.3.2 Het forensisch psychiatrische werkveld**

In het forensisch psychiatrische veld spreekt vrijwilligheid, zelfs wanneer daar met motiverende behandeltechnieken actief naar wordt gestreefd, niet vanzelf en vaak is deze zelfs ver te zoeken. De samenleving, die met de overheid als voorspreker om beveiliging vraagt, profiteert van succesvolle en daardoor risicoverlagende behandelingen en staat als belanghebbende voorop.

Forensisch psychiatrisch werken wordt, of het nu gaat om rapportage of om zorg, altijd gedefinieerd door dienstbaarheid aan de (straf)rechtspleging. De behandelaar in de forensische psychiatrie heeft als taak beveiligende behandeling te bieden. De beveiliging staat ook in het behandelplan voorop. Dit brengt met zich mee dat de patiënt die aan de zorg van de behandelaar is toevertrouwd een spanningsveld kan ervaren tussen het verwachte zorgaanbod en de daadwerkelijk verleende beveiligende behandeling. Het beveiligende karakter van de zorg komt ook naar voren in de wettelijke kaders waarbinnen zorg wordt verleend. In de reguliere GGZ geldt dit minder, omdat de regelgeving veelal zowel de borging van de rechtspositie van de patiënt als die van de kwaliteit van zorg beoogt. In de forensische psychiatrie heeft een belangrijk deel van de regelgeving echter primair als doel het belang van een veiliger samenleving te dienen.

### **5.3.3 Grenzen aan de zorg**

Ook buiten het forensische werkveld is het werken binnen juridische kaders steeds duidelijker zichtbaar. Het handelen in de gezondheidszorg is de afgelopen jaren immers ingekaderd geraakt in wettelijke begrenzings van toenemende complexiteit. Deze worden gevormd door de Wgbo, de 'Wet BIG', de 'Kwaliteitswet zorginstellingen' en (civiel) de 'Wet klachtrecht zorgsector'. In het forensisch psychiatrische veld borgt de 'Penitentiaire beginselenwet' het verlenen van verantwoorde zorg aan gedetineerden en is de 'Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden' (Bvt) het uitgangspunt voor de zorg voor ter beschikking gestelden.

### **5.3.4 Definities van behandeling**

In het tbs-veld maakt het aanbod van behandeling structureel deel uit van de verpleging die de patiënt bij vonnis of arrest is opgelegd en die de kliniek dient te effectueren. Hier bepaalt de 'Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden' (Bvt) het doel en de middelen van de behandeling.

De 'Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst' (Wgbo; Art. 446 Burgerlijk Wetboek) definieert de geneeskundige behandelingsovereenkomst als: 'handelingen op het gebied van de geneeskunst, rechtstreeks betrekking hebbende op [een] persoon'.

De Bvt kent een geheel eigen definitie van behandeling. Deze luidt:

Art 1. sub u. Bvt: 'Behandeling: het samenstel van handelingen, gericht op een dusdanige vermindering van de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen dat het doen terugkeren van de verpleegde in de maatschappij verantwoord is.'

Buiten het tbs-veld geldt, in tegenstelling tot de hierboven geschetste wettelijke situatie, dat behandeling op basis van vrijwilligheid plaatsvindt, ook al is zij bij bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel of een tbs met een voorwaardelijk bevel tot verpleging aan de patiënt opgelegd. De justitiabele is een vrijwillig opgenomen patiënt. Anders gezegd: behandeling in het kader van een 'Bijzondere voorwaarde voorwaardelijk strafdeel' of een 'Voorwaardelijk opgelegd bevel verpleging bij een tbs' is uitsluitend een verplichting voor de patiënt.

### **5.3.5 Het Wetsvoorstel forensische zorg**

De situatie wijzigt zich wellicht aanmerkelijk in de nabije toekomst, wanneer de 'Wet op de forensische zorg'<sup>4</sup> (Wfz) in werking zal treden. In de consultatievorm van het Wetsvoorstel op de forensische zorg valt op dat in tegenstelling tot het verleden de zorg zelf niet alleen aan de normen van de Wgbo onderhevig is, maar ook aan die van de Wfz.

Bij alle titels van de forensisch psychiatrische zorg komt voor de behandelaar de hulpvraag van de samenleving naast de hulpvraag van de patiënt te staan. Als de eigen hulpvraag ontbreekt, komt de vraag van de samenleving zelfs in de plaats van de vraag van de patiënt, het object van de zorg. Deze situatie was tot voor kort buiten de tbs onbekend.

Voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg houdt deze uitbreiding, dan wel verschuiving van de hulpvragende instantie in dat de overgang tussen tbs en GGZ via een proces van transmuralisering of voorwaardelijke beëindiging van de verpleging gemakkelijker moet worden. Daartoe zijn dit wetsvoorstel en de 'Wet op de verplichte geestelijke gezondheidszorg', die de Bopz vervangt, gezamenlijk in voorbereiding en wordt in de eerste concepten van beide wetten ruime aandacht besteed aan allerlei overgangsbepalingen.

---

<sup>4</sup> Forensische zorg: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg die deel uitmaakt van een al dan niet voorwaardelijke straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, met uitzondering van een straf of maatregel voor jeugdige personen als bedoeld in Titel VIII A van het Wetboek van Strafrecht.

### **5.3.6 De wet Bopz**

De beide maatregelen tbs en Bopz worden thans geacht onverenigbaar te zijn. Daardoor kunnen zij niet naast elkaar ten uitvoer worden gelegd. Wel is het van belang op te merken dat het gevaarcriterium, waaraan moet zijn voldaan bij de oplegging van de Maatregel tbs, met uitzondering van het gevaar voor de patiënt zelf, identiek is aan het criterium genoemd in de Wet Bopz. Het subsidiariteitsprincipe maakt dat tbs alleen mag worden opgelegd of verlengd als er geen alternatief voor de maatregel is. Daardoor speelt de Bopz met name een rol in de aansluiting op de forensisch psychiatrische zorg, al dan niet na transmuralisering van de tbs-behandeling.

### **5.3.7 Blijvend delictgevaarlijken**

Het tbs-veld heeft altijd mensen gekend die niet zodanig opknaptten dat sprake kon zijn van een betekenisvolle vermindering van de delictgevaarlijkheid en daarmee ook niet van een reële kans op terugkeer in de samenleving. In de jaren negentig is men dit vraagstuk van de blijvend 'delictgevaarlijken' als een probleem gaan zien en werden specialistische afdelingen opgericht voor longstay-patiënten. Bij deze besluitvorming speelden verschillende motieven een rol zoals een verwachte verbetering van de beveiliging door minder verlobbewegingen, de wens irreële verwachtingen bij verpleegden en behandelaren weg te nemen en de verwachting van in te boeken besparingen.

Ten onrechte wordt bij deze groep wel gesproken over onbehandelbaren. Weliswaar worden de doelen van de behandeling zoals in de Bvt vastgelegd verlaten, maar die van de Wgbo blijven onverkort gehandhaafd.

Plaatsing op een afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg kan plaatsvinden, nadat de eindverantwoordelijke behandelaar heeft vastgesteld dat naar het inzicht van de behandelaars geen op resocialisatie en vermindering van de delictgevaarlijkheid gerichte behandeling meer mogelijk is. Een onafhankelijke commissie van niet aan de inrichting verbonden professionals toetst deze vaststelling. Sinds enige jaren wordt een op deze vraagstelling gericht onafhankelijk multidisciplinair onderzoek bij de beschouwingen van deze Landelijke Adviescommissie Plaatsing betrokken.

Bij het in werking treden van het 'Beleidskader longstay forensische zorg' op 1 juni 2009 is een driejaarlijkse onafhankelijke toets ingesteld (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98). Deze is gericht op de rechtmatigheid van de beperking van het behandel aanbod door de longstay-plaatsing.

### **5.3.8 Het verloftoetsingskader**

Incidenten waarbij tbs-gestelden waren betrokken hebben in de afgelopen jaren geleid tot een verscherping van het verlof beleid. Een gevolg van deze verscherping was een

verbod op onbegeleid verlof voor longstay-verpleegden. Dit betekende voor een aantal van hen dat tewerkstelling buiten de poort niet langer uitvoerbaar was. Dit verbod is in het huidige longstay-beleidskader en in het verloftoetsingskader onverkort gehandhaafd. In dit verband is het goed erop te wijzen dat in het verleden in een aantal gevallen is besloten mensen op een afdeling voor forensisch psychiatrische zorg te plaatsen omdat voldoende beveiligende behandelmogelijkheden buiten de structuur van de tbs weliswaar denkbaar, maar feitelijk niet beschikbaar waren.

Het ziet ernaar uit dat, mede gestuurd door het proces van 'vernieuwing forensische zorg', in de reguliere GGZ voor deze mensen plekken beschikbaar komen voor structureel langdurige forensisch psychiatrische zorg. Transmuralisatie naar dergelijke behandelpaatsen via opheffing van de longstay-status kan vervolgens leiden tot beëindiging van de terbeschikkingstelling en tot plaatsing in de GGZ.

### **5.3.9 Langdurige forensisch psychiatrische zorg**

Tbs-gestelden worden behandeld met het oog op resocialisatie. Bij sommigen kan de behandeling kort duren, anderen hebben een langdurige behandeling nodig om op verantwoorde wijze terug te kunnen keren in de samenleving. Met de introductie van forensisch psychiatrisch toezicht gekoppeld aan een langdurig toezicht kan ook een deel van de tbs-gestelden die intensiever en langduriger toezicht nodig hebben op den duur uitstromen uit de tbs. Tbs-gestelden bij wie de behandeling niet leidt tot een vermindering van het delictgevaar, en daarom niet kunnen resocialiseren, zijn aangewezen op de langdurige forensisch psychiatrische zorg met beveiliging. De beslissing daartoe wordt ingegeven door de maatschappelijke veiligheid. Zo langzamerhand begint zich een ontwikkeling af te tekenen die ertoe leidt dat de verschillende vormen van forensisch psychiatrische zorg zich qua beveiliging en duur meer en meer op een glijdende schaal komen te bevinden.

Het verblijf in de langdurige forensisch psychiatrische zorg kan, als het delictgevaar voortduurt, een levenslang karakter krijgen, zij het niet per definitie. Door nieuwe medische ontwikkelingen, een wijziging in het behandelperspectief of een nieuw inzicht in de ziekte kunnen plaatsing op een behandelpaats en op den duur zelfs resocialisatie mogelijk zijn. Voorkomen moet worden dat de langdurige forensisch psychiatrische zorg per definitie onomkeerbaar en daarmee perspectiefloos wordt.

# 6 Instroom

## 6.1 Inleiding

Gedurende de instroom wordt de symptomatologie van de patiënt en zijn kenmerkende gedragspatronen zo volledig mogelijk in kaart gebracht, met het accent op delictgerelateerd gedrag, zodat er een accuraat diagnostisch rapport kan worden gemaakt van de kernproblematiek. Dit rapport biedt aanknopingspunten voor de behandeling, als ook een ijkpunt waartegen veranderingen kunnen worden afgezet.

De diagnostiek is een dynamisch proces en vindt niet alleen plaats in het begin van de opname. Zo kan er aanvullend psychodiagnostisch onderzoek plaatsvinden wanneer er onduidelijkheid ontstaat over de diagnose of de capaciteiten van een patiënt om te profiteren van een nieuwe behandelopgave.

Latere diagnostische onderzoeken, zogenaamde herhalingsmetingen, geven zicht op het verloop van de stoornis en de effecten van de behandeling en begeleiding. Het gaat er hierbij om of en hoe de stoornis zich ontwikkelt tijdens het verblijf op de afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. Hierbij valt te denken aan het minder heftig worden van de stoornis, bijvoorbeeld doordat de patiënt ouder wordt.

Het is belangrijk verschillende invalshoeken als persoonlijkheid, psychose, levensloop, gedrag en verslaving in de diagnostiek op te nemen. De descriptieve diagnose wordt daarna geïnterpreteerd in termen van DSM-IV-TR.

De verbondenheid van de stoornis en het delict maakt risicotaxatie (inschatting van het risico op recidive) tot een belangrijk onderdeel van het diagnostische proces. Gedragsonderzoek speelt daarbij een belangrijke rol. De psychiatrische diagnose geeft namelijk slechts een gedeeltelijk inzicht in de factoren van een verhoogd recidiverisico. Situationele factoren en een belastende voorgeschiedenis zijn bijvoorbeeld betere voorspellers van risicovol handelen. Vooral op dit gebied heeft een gestructureerde risicotaxatie meerwaarde.

De instroomfase mondt uit in een differentiatie naar beveiligings- en zorgbehoefte, bijvoorbeeld naar de benodigde zorgintensiteit en de bejegening die het beste aansluit op de problematiek en behoeften van de patiënt.

## 6.2 Organisatorische aspecten

### 6.2.1 Aanmeldingsprocedure

Wanneer FPC's concluderen dat een patiënt delictgevaarlijk is, en dit met behandeling niet voldoende valt te verminderen om hem te resocialiseren, dienen zij een aanvraag in bij de afdeling Forensische Plaatsing van de directie Forensische Zorg (DForZo) voor plaatsing in een instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. Deze aanvraag wordt ter beoordeling voorgelegd aan de onafhankelijke Landelijke Adviescommissie Plaatsingen (LAP). Deze commissie bestaat uit onafhankelijke forensisch psychiatrische deskundigen, aangestuurd door het Ministerie van Justitie. Deze commissie beroept zich bij haar afweging op de aanvraag van de kliniek én op een advies van twee onafhankelijke deskundigen. Dit betreft een psycholoog en een psychiater, die ieder, onafhankelijk van de behandeling en van de procespartijen, een deskundigenrapport uitbrengen op grond van hun klinische indruk en het dossier.

De commissie beoordeelt de aangeleverde informatie en gaat na of de patiënt aan de volgende criteria voldoet.

- Er moeten in beginsel twee behandel pogingen in twee tbs-klinieken hebben plaatsgevonden, die beide niet hebben geleid tot voldoende afname van de delictgevaarlijkheid.
- Een aanwijzing tot plaatsing in een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg kan ook worden afgegeven als na een langdurig verblijf in één tbs-inrichting de verwijzende kliniek ervan is overtuigd dat een nieuwe behandelingspanning elders niet in het belang is van de patiënt.
- De LAP moet motiveren dat geen enkele mogelijke behandelaanpak onbenut is gelaten.

Als een patiënt moet worden geplaatst in een instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg geeft de Minister van Justitie een plaatsingsbeschikking af en wordt de desbetreffende patiënt bij een instelling aangemeld.

### 6.2.2 Intake, eerste indicatiestelling en opname

Wanneer een instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg een nieuwe casus aangeboden krijgt, vindt eerst een screening plaats van de schriftelijke informatie om te beoordelen of de patiënt in aanmerking komt voor plaatsing. Daarbij beoordeelt een behandelaar de problematiek van de potentiële patiënt en schat hij de benodigde zorg en beveiliging in. Wanneer een en ander aansluit bij het zorgmilieu en beveiligingsniveau van de instelling is de volgende stap in het opnameproces dat medewerkers, zo mogelijk, de patiënt bezoeken voor een kennismakingsgesprek. Dit heeft een tweeledig doel: de klinische indrukken uit dit intakegesprek dienen als aanvullende informatie over de beste plaats voor deze patiënt en zij bespreken praktische zaken

voor de overplaatsing (zie ook bijlage II voor een stroomschema van de plaatsingsfase).

Wanneer deze intake geen contra-indicaties voor opname oplevert, kan worden overgegaan tot opname. Tevoren wordt bepaald binnen welk milieu in de organisatie de patiënt wordt geplaatst. Afhankelijk van de benodigde zorg en beveiliging, en van de locatie waar plaatsen beschikbaar zijn, wordt bekeken op welke locatie en op welke afdeling de patiënt kan worden geplaatst. Er is in de langdurige forensisch psychiatrische zorg geen aparte opnameafdeling. Een nieuwe patiënt wordt dan ook direct geplaatst binnen een bestaand behandel- en zorgmilieu.

Na opname vinden een nadere bestudering van de dossierinformatie, overleg met de verwijzende kliniek en gedragsobservaties plaats. Daarnaast wordt de patiënt standaard psychiatrisch gescreend, onder andere in een kennismakingsgesprek met de psychiater. Ook verricht de medische dienst een screening op eventuele somatische stoornissen.

Binnen drie maanden na de opname worden de resultaten hiervan besproken in een behandelbespreking. Vertegenwoordigers van verschillende disciplines overleggen dan over het gedrag van de patiënt, de aard van zijn problematiek en de vereiste begeleiding, en bespreken hoe zijn kwaliteit van leven, binnen de noodzakelijke beperkingen, kan worden gewaarborgd. Dit gebeurt door, zoveel mogelijk in overleg met de patiënt, doelen te formuleren op het gebied van wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding, sociale relaties, zelfzorg, gezondheid en zingeving. Deze doelen worden opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan, dat jaarlijks multidisciplinair wordt geëvalueerd en vernieuwd (zie hoofdstuk 7.2). Deze behandelbespreking markeert de afronding van de opname- en diagnostiefase (zie ook bijlage III voor een stroomschema).

Omdat de desbetreffende doelgroep al een lange behandelgeschiedenis kent, waarin verschillende onafhankelijke onderzoeken zijn verricht, zijn er vaak veel rapporten geschreven over deze patiënten die duidelijkheid kunnen verschaffen over de diagnose. De belangrijkste informatiebron bij de instroom is daarom het dossier. Het is dan ook belangrijk goede afspraken te maken met de verwijzende instelling over een goede informatieoverdracht. Het uitgangspunt hierbij is hoe de informatieoverdracht tussen instellingen in wettelijke regelingen is vastgelegd. Anders dan in de reguliere GGZ levert in de langdurige forensisch psychiatrische zorg de privacy van de informatie over behandelingen vaak onduidelijkheden op. Een volledige uitwisseling van gegevens die met de behandeling en begeleiding samenhangen, moet echter het uitgangspunt zijn.

Omdat nader psychodiagnostisch onderzoek uitsluitend op indicatie wordt uitgevoerd is er in dat geval per definitie sprake van een gerichte onderzoeksvraag, waar een specifiek instrumentarium op dient te worden afgestemd. Er wordt dus – helaas – niet gewerkt met een standaardtestbatterij.

De behandelbespreking leidt tot het eerste verplegings- en behandelingsplan (zie hoofdstuk 8), waarin de diagnostiek wordt weergegeven in de vorm van een classificatie volgens DSM-IV-TR en een descriptieve diagnose.

De omschrijving van de diagnostiek moet worden opgenomen in vrijwel alle documenten die voor de behandeling van belang zijn. Voorbeelden zijn D(B)BC's, behandelplannen, verlengingsadviezen, verlofaanvragen. Deze omschrijving blijft van belang bij alle stappen in de behandeling van de patiënt, zoals overplaatsingen naar andere afdelingen of andere klinieken, dan wel in het kader van de door- en uitstroomfase van de tbs. De beschrijving van de delictdynamiek komt ook naar voren in verlengingsadviezen en verlofaanvragen.

De jaarlijkse risicotaxaties worden uitgewerkt in een overzicht van de scores, de onderbouwing daarvan en een samenvattende conclusie van de risico-inschatting. Ook wordt er een signaleringsplan opgesteld. Hierin staat beschreven wat het probleemgedrag van de patiënt in de dagelijkse praktijk inhoudt en hoe de patiënt zelf en zijn omgeving hiermee moeten omgaan om escalatie tegen te gaan. Tijdens de behandelbespreking wordt stilgestaan bij de diagnostiek van de desbetreffende patiënt en hoe deze in de dagelijkse praktijk tot uiting komt in zijn gedrag. Daarop worden er plannen en afspraken gemaakt om hiervoor zo goed mogelijk tot duurzame oplossingen te komen. Daarnaast worden er doelen gesteld die erop zijn gericht de psychische conditie van de patiënt te stabiliseren of te verbeteren, bijvoorbeeld door structuur, rust en medicatie te bieden. Deze zaken worden vastgelegd in het verplegings- en behandelingsplan (zie hoofdstuk 8), dat de leidraad vormt voor de behandeling en begeleiding.

Zo leidt de diagnostiek tot een op de persoon afgestemde, praktische handleiding voor de dagelijkse begeleiders. Jaarlijks wordt deze handleiding geëvalueerd en zo nodig bijgesteld, zodat de diagnostiek en het daaraan gekoppelde behandelbeleid actueel blijven.

### **6.2.3 Multidisciplinair werken**

Een multidisciplinair team voert de hierboven beschreven benadering uit. Mogelijke teamleden zijn een psycholoog, een psychiater, sociotherapeutische medewerkers, een vertegenwoordiger van de medische dienst, een maatschappelijk werkende en therapeutische medewerkers van verschillende disciplines (arbeid, onderwijs, vrijetijdsbesteding en sport). De verschillende disciplines werken elk vanuit een andere invalshoek met de patiënt. Regelmatig vindt er een patiëntenbespreking plaats, waar alle disciplines aanwezig zijn en de patiënt vanuit een holistische benadering wordt besproken.

Centrale thema's in dit overleg zijn onder andere de risicofactoren van een patiënt en eventuele veranderingen hierin. Als er zich veranderingen voordoen, heeft dit mogelijk zijn weerslag op de delictdiagnose.

# 7 Diagnostiek

De diagnostiek in de langdurige forensisch psychiatrische zorg kan als volgt worden ingedeeld.

- Dossieronderzoek
- Psychiatrische diagnostiek
- Psychologische diagnostiek
- Gedragsobservatie
- Risicotaxatie
- Evaluatie van de langdurige forensisch psychiatrische zorg
- Diagnostiek van de kwaliteit van leven
- Somatische diagnostiek
- Aanvullende diagnostiek

## **Aanbeveling**

De instelling zelf moet jaarlijks het diagnostische onderzoek actualiseren (psychiatrisch onderzoek, gedragsobservatie, risicotaxatie et cetera).

De diagnostiek binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg kent andere uitdagingen dan de diagnostiek in de eerdere fases van deze zorg. Dit komt doordat de langdurige forensisch psychiatrische zorg ernaar streeft de problematiek van patiënten zoveel mogelijk te stabiliseren door rekening te houden met en in te spelen op hun risicofactoren, alsook door de behandeldruk weg te nemen. Zo wordt de omgeving zo ingericht dat deze risico's in die omgeving een steeds kleinere rol gaan spelen. Deze aanpak maakt het echter tegelijkertijd moeilijker tot een reële taxatie te komen van de wijze waarop deze problematiek en deze risicofactoren zich zouden ontwikkelen in omgevingen die minder of niet zijn aangepast aan deze risicofactoren.

## **Aanbeveling**

De bovengenoemde problematiek maakt het wenselijk nieuwe diagnostische instrumenten te ontwikkelen die zoveel mogelijk zijn toegespitst op de situatie binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg en waarbij van verschillende bronnen gebruik wordt gemaakt.

## 7.1 Dossieronderzoek

Bij opname in de langdurige forensisch psychiatrische zorg dient de instelling over een aantal documenten te beschikken.

De diagnostiek in de opnamefase bestaat grotendeels uit dossieronderzoek. Mede door de beperkte betrouwbaarheid van zelfrapportage en de noodzaak van gedragsobservatie is informatie uit de omgeving van de patiënt erg belangrijk.

Dossierinformatie levert ook materiaal voor een 'nulmeting', waartegen een eventuele voor- of achteruitgang van de problematiek kan worden afgezet.

'Pro justitia'-rapportages, de longstay-aanvraag, verlengingsadviezen, wettelijke aantekeningen en dergelijke vormen belangrijke bronnen in het dossier. De belangrijkste bevindingen uit deze bronnen worden samengevat in een opnamerapport. Een format van een dergelijk opnamerapport, dat wordt gebruikt in de langdurige forensisch psychiatrische zorgfaciliteiten van de Pompestichting, treft u aan in bijlage IV. Een goede patiëntenoverdracht kan uitsluitend worden gegarandeerd als alle genoemde stukken aanwezig zijn. Daarom wordt er meestal pas tot opname overgegaan wanneer deze stukken door de plaatsende instelling zijn aangeleverd.

#### **Aanbeveling**

Behandeldossiers variëren in volledigheid. Onvolledige dossiers maken het de ontvangende partij, in casu de langdurige forensisch psychiatrische zorgafdeling, moeilijk bij de overname van een patiënt zorg van hoge kwaliteit te bieden. Daarom is het aan te bevelen op landelijk niveau tot afspraken te komen over de vorm en inhoud van de diverse onderdelen van een patiëntendossier.

## 7.2 Psychiatrische diagnostiek

Betrouwbare psychiatrische diagnostiek vormt het fundament van verantwoord medisch handelen in de forensische psychiatrie. De normen waaraan psychiatrisch onderzoek moet voldoen zijn vastgelegd in de 'Richtlijn psychiatrisch onderzoek' van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie. Hierin worden de diagnostische mogelijkheden ruim besproken.

Bijzondere vermelding verdienen de vele gestructureerde interviews, die de diagnostiek en classificatie kunnen objectiveren. Recentelijk verschijnen deze vooral in *second opinion* onderzoeken. Het verdient vermelding dat veel van deze instrumenten de onderzochte als enige informatiebron kennen en daardoor in een forensische omgeving niet betrouwbaar zijn. Bovendien is de validatie voor het Nederlandse taalgebied onvoldoende om de validiteit in de context van justitieel, onvrijwillig verblijf te garanderen.

In het voortraject van de langdurige forensisch psychiatrische zorg kunnen velerlei factoren ertoe hebben bijgedragen dat het beeld op bepaalde punten onduidelijk is gebleven, onvoldoende is gedocumenteerd of onzuiver is geclassificeerd. Ook in de langdurige forensisch psychiatrische zorg blijft veel aandacht voor diagnostiek dus geboden. De psychiatrische diagnostiek dient bij aanvang van een nieuwe behandeling en op zijn minst bij verlengingen en revisies van de longstay-indicatie opnieuw tegen het licht te worden gehouden en zo nodig geheel te worden gerepliceerd.

Ten behoeve van de onderlinge vergelijkbaarheid van onderzoeksresultaten worden sinds de jaren zeventig steeds meer classificatiesystemen toegepast. In Nederland is, anders dan in het omringende buitenland, gekozen voor het Amerikaanse systeem, in de actuele versie de DSM-IV-TR. Op sommige plaatsen in de forensische wereld is er nog altijd enige weerstand tegen op Amerikaanse leest geschoeide classificerende diagnostiek. Het is daarom wenselijk er ook hier op te wijzen dat een goede classificatie niet in de plaats komt van diagnostiek in de brede – en ook hermeneutische – zin van het woord. De classificatie mag echter ook geen randverschijnsel zijn, omdat zij essentieel is voor de vergelijkbaarheid van behandelingen en voor de verantwoording van beleidskeuzes, die in dit veld nu eenmaal zeer ver strekkende consequenties kunnen hebben.

Voor wie zich in het forensisch psychiatrische veld bezighoudt met diagnostiek – en in het DB(B)C-tijdperk zijn dat er velen – is het essentieel kennis te nemen van de uitgebreidere literatuur op dit gebied, te beginnen met de uitgebreide Engelse handleiding van het classificatiesysteem van de DSM-IV-TR en zich niet te beperken tot de Nederlandse jaszakversie. Deze laatste ontbeert namelijk helaas veel essentiële uitleg en vooral ook het *precautionary statement* voor het forensisch psychiatrische gebruik van het systeem.

In het DSM-systeem verdient het verschijnsel van comorbiditeit, dat zich vooral ook op het voor het forensisch psychiatrische veld essentiële terrein van de persoonlijkheidsstoornissen voordoet, bijzondere aandacht. Gelet op de samenhang tussen de moeilijkheidsgraad van de klinische problematiek en het vóórkomen van verschillende persoonlijkheidsstoornissen in één persoon zij erop gewezen dat alleen mag worden geconcludeerd tot een gemengde persoonlijkheidsstoornis of een persoonlijkheidsstoornis 'niet anders omschreven' (NAO) als de patiënt niet aan de criteria van een of meer specifieke stoornissen voldoet. Comorbiditeit is een gevolg van de keuze, die bij het opstellen van het systeem is gemaakt, om af te zien van het opnemen van causaliteit. Alleen organische stoornissen zijn hiervan uitgezonderd.

Bijzondere aandacht verdient de comorbiditeit van as-I en as-II stoornissen. Onder specifieke omstandigheden (as I antedateert manifestaties van as II) kan de diagnose op as II niet worden gesteld in aanwezigheid van veelomvattende as-I problematiek. Onder andere omstandigheden echter (persisterende as-II symptomen wanneer as-I in remissie is of *conduct disorder* in de anamnese zonder dat er een breuk in de levenslijn optreedt die op as-I problematiek duidt) dienen beide diagnoses in de classificatie te worden opgenomen.

### 7.3 Psychologische diagnostiek

Patiënten kunnen tijdens verschillende fasen van hun verblijf psychodiagnostisch worden onderzocht. Gestandaardiseerde afname van meetinstrumenten ondersteunt de klinische blik en maakt een betere indicatiestelling voor zorgtoewijzing mogelijk. Psy-

chologisch testonderzoek kan, afhankelijk van de onderzoeksvraag, neuropsychologisch van aard zijn, alsook gericht op de persoonlijkheid of op klinische symptomen. Het verdient aanbeveling instrumenten om tot een betrouwbare diagnose van de persoonlijkheid te komen te combineren met instrumenten waarmee klinische stoornissen kunnen worden opgespoord. Ook kunnen klachtenlijsten worden gebruikt om specifieke klinische stoornissen of andere aandoeningen die het klinische beeld bepalen te onderkennen of uit te sluiten. Psychodiagnostisch onderzoek kan ook bijdragen aan een passende bejegening en een evaluatie van het verblijf in een afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. Daarbij kan het bijvoorbeeld gaan om *coping*-vaardigheden, motivatie, agressiehantering, frustratietolerantie en impulsbeheersing.

Het is aan het diagnostische team om een verantwoorde keuze te maken uit de bestaande *state of the art* instrumenten en om hieruit eventueel testbatterijen samen te stellen.

#### **Aanbeveling**

Aanbevolen wordt richtlijnen te ontwikkelen voor de psychologische diagnostiek voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

## 7.4 Gedragsobservatie

Observatie van het gedrag van de patiënt is een belangrijk onderdeel van de diagnostiek, ook omdat zelfrapportage over het eigen gedrag minder betrouwbaar en valide blijkt dan in andere groepen van patiënten. Gedrag patronen kunnen zowel worden geobserveerd op de afdeling als tijdens de diverse activiteiten elders in de kliniek. Observatiegegevens van sociotherapeutische medewerkers en vertegenwoordigers van andere disciplines, zoals onderwijs, arbeid en vrijetijdsbesteding, zijn zo mede van invloed op de diagnose, de risicotaxatie, de behandeling en de begeleidingsvormen.

Dergelijke observaties moeten wel resulteren in objectieve beschrijvingen van het waargenomen gedrag. Daartoe moet er meer worden gewerkt met methoden die betrouwbaar en valide zijn gebleken. Een gedragsobservatielijst die speciaal is toegesneden op deze setting moet echter nog worden ontwikkeld. Tot die tijd wordt ernaar gestreefd te werken met andere gestructureerde gedragsobservatielijsten.

#### **Aanbeveling**

Het is aan te bevelen een instrument te ontwikkelen om tot systematische gedragsobservaties te komen en de resultaten daarvan gestandaardiseerd vast te leggen, dat speciaal is toegesneden op de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit instrument moet ook in het werkveld worden gevalideerd en betrouwbare en valide gegevens opleveren. Hiertoe zullen behandelaars en onderzoekers moeten samenwerken.

## 7.5 Risicotaxatie

### 7.5.1 Doel van de risicotaxatie

In grote lijnen is het gebruik van verschillende methoden van risicotaxatie in de afgelopen jaren toegenomen. Met alle forensisch psychiatrische centra zijn afspraken gemaakt over de fasen waarin toepassing van een risicotaxatie-instrument bijdraagt aan beslissingen over verlof en verlenging. Een risicotaxatie moet helpen het recidiverisico van een patiënt alsook de algemene en specifieke risicofactoren goed in te schatten, om zo delicten te voorkomen. Het betreft een gestructureerde klinische taxatie van de kans dat een patiënt binnen een bepaalde termijn opnieuw een delict zal plegen, gebaseerd op de specifieke risicofactoren van de patiënt in kwestie.

Een goede risicotaxatie in de langdurige forensisch psychiatrische zorg moet uiteraard speciaal zijn toegesneden op deze vorm van zorg. De meest gangbare risicotaxatie-instrumenten zijn echter niet bedoeld en ook niet onderzocht voor gebruik in deze vorm van zorg. Sterker, wat de meest effectieve aanpak van een dergelijke risicotaxatie inhoudt, is feitelijk nog onbekend. Deze lacune in de wetenschappelijke kennis moet dan ook, mede gezien het belang van deze taxaties, zo snel mogelijk worden opgevuld.

Risicotaxatie beoogt het recidiverisico te bepalen en de statische en dynamische risicofactoren te identificeren. De hoogte van dit risico heeft consequenties voor de vorm en intensiteit van de te bieden zorg en beveiliging. De behandeling en begeleiding richten zich vooral op de dynamische, en dus beïnvloedbaar geachte risicofactoren, uiteraard zonder de statische risicofactoren uit het oog te verliezen.

Het risicoprincipe (zie 3.11 voor een nadere beschrijving) in acht nemend moeten de vorm en intensiteit van beveiliging, behandeling en begeleiding worden afgestemd op de hoogte van het risico. In de huidige situatie is er sprake van een beperkte differentiatie in beveiligingsniveaus. Op grond van een klinische inschatting en ondersteund door de uitkomsten van risicotaxatie-instrumenten wordt een indeling gemaakt in een laag, een matig en een hoog delictrisico en een daarbij passende beveiliging. Overigens hoeft een hoog delictrisico niet *per se* een hoge mate van beveiliging met zich mee te brengen. Zoals hierboven al werd vermeld is er binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg echter nog geen instrumentarium voorhanden om een dergelijke differentiatie geheel adequaat uit te voeren.

Tijdens het verblijf in de langdurige forensisch psychiatrische zorg dient risicotaxatie ook de volgende doelen.

- Voor- of achteruitgang van het recidiverisico in de loop van de tijd meten. De eerste risicotaxatie in de diagnostische fase kan dan worden gebruikt als nulmeting, waarna er periodiek herhalingsonderzoek kan plaatsvinden. Hoewel er niet actief wordt behandeld om het recidiverisico te verminderen kan de omgeving of de tijd

toch van invloed zijn op enkele dynamische risicofactoren. Indien er vooruitgang plaatsvindt, kan dit het perspectief van een patiënt verbeteren. Daarom is het van groot belang deze mogelijkheid met jaarlijkse metingen te blijven toetsen.

- De communicatie over risico's verbeteren. Hier gaat het erom tot antwoorden te komen op de volgende vragen. Op welke risico's moet men bij een individuele patiënt zijn bedacht? Welke factoren komen in aanmerking voor een op die patiënt toegesneden risicomangement? En hoe ziet het risicomangement eruit bij een bepaalde verlofmodaliteit?
- De rechten van de patiënten in verband met het al dan niet toekennen van verloven waarborgen. Een goede risicotaxatie zou het mogelijk maken dit te doen op zakelijke gronden.

Onderzoek in de reguliere forensische psychiatrie heeft laten zien dat gestructureerde risicotaxatie daar tot op zekere hoogte betrouwbaar is en een meerwaarde heeft ten opzichte van het ongestructureerde klinische oordeel voor een goede inschatting van de recidivekans (Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005).

Risicotaxatie-instrumenten zijn – uitgaande van de bestaande kennis – niet bedoeld om in individuele gevallen een absolute uitspraak te doen over de kans op recidive. Zij fungeren meer als een checklist, waarbij voor de weging en interpretatie van de uitkomsten ruimte wordt gelaten aan de behandelaar. De beste resultaten worden bereikt wanneer behandelcoördinatoren, sociotherapeuten en onderzoekers samenwerken om aan de hand van de checklist tot een gezamenlijk oordeel over het risico te komen (De Vogel, 2005). Niet alleen wordt een scala aan factoren nagelopen en vastgesteld, maar deze risicofactoren zijn ook degelijk gedefinieerd. Deze factoren bieden zo handvatten tot verdere beïnvloeding en risicomangement.

Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ is de risicotaxatie van de civielrechtelijke populatie niet zozeer gericht op individuele kenmerken van de cliënt, maar op de ontwrichtende interactieve invloed van de cliënt in het systeem en de omgeving waarin hij verkeert. In de weging van de ernst van de problematiek wordt de voorgeschiedenis, vooral de structurele ontwrichting of de steeds terugkerende ontwrichting, nadrukkelijk meegenomen. Het actuele psychiatrische toestandsbeeld, dossieronderzoek, de methodiek van het *relationship management* binnen het klinische milieu en signaleringsplannen vormen hier de basis van de risicotaxatie.

## 7.5.2 Risicofactoren

Als gezegd betreft risicotaxatie de inventarisatie van het recidiverisico, waarbij statische en dynamische risicofactoren worden onderscheiden (Hanson & Bussière, 1996). Van deze factoren is bekend dat ze nauw samenhangen met de kans op toekomstig gewelddadig gedrag. Deze risicofactoren zijn gebaseerd op onderzoek van de reguliere forensisch psychiatrische populatie.

Statische risicofactoren, zoals een geschiedenis van onaangepastheid tijdens de kindertijd of eerdere overtredingen, kunnen aanwijzingen inhouden voor de neiging tot

toekomstig crimineel gedrag. De belangrijkste statische risicofactoren die in het vele onderzoek naar deze factoren in de reguliere forensische psychiatrie worden genoemd zijn een langdurige geschiedenis van antisociaal gedrag, een familiegeschiedenis met criminaliteit en slechte ouderlijke supervisie en discipline. Recidiverende gewelddadigheid hangt ook samen met geringere persoonlijke, educatieve en financiële prestaties (Andrews & Bonta, 2006).

Op grond van statische factoren valt echter niet vast te stellen wanneer een overtreding zal plaatsvinden, noch of daders op dit punt voldoende hebben geprofiteerd van hun behandeling. Voor dit soort beoordelingen zijn dynamische factoren vereist. Statische risicofactoren zijn factoren die in de regel niet door behandeling zijn te beïnvloeden (De Ruiter & Hildebrand, 2005). Risicotaxatie-instrumenten als de SVR-20, HKT-30 en HCR-20 maken gebruik van statische risicofactoren.

Dynamische risicofactoren voorspellen recidive, zijn onderhevig aan verandering en indiceren daarom een toename of afname in de kans op recidive. Dynamische risicofactoren kunnen worden onderverdeeld in stabiele en acute factoren. Stabiele risicofactoren plegen langdurig onveranderlijk te blijven. Voorbeelden zijn deviante seksuele voorkeuren en alcoholisme. Acute risicofactoren echter variëren veel meer. Voorbeelden hiervan zijn seksuele opwindning en dronkenschap. Acute risicofactoren gaan veelal aan delicten vooraf (Hanson & Bussière, 1996), maar hebben geen voorspellende waarde op de langere termijn (Harris, Rice & Quinsey, 1998). Zij zijn veeleer een signaal voor acuut delictgevaar. Relatief stabiele dynamische risicofactoren (mate van ziekte-inzicht, impulsiviteit et cetera) vormen in de reguliere forensische psychiatrie over het algemeen de uiteindelijke behandeldoelen.

Belangrijke dynamische risicofactoren die in verschillende onderzoeken en overzichten naar voren komen, zijn antisociaal of crimineel gedrag en de omgang met criminele vrienden, alsook persoonlijke kenmerken als impulsiviteit, rusteloosheid, agressiviteit, egocentriciteit, een gering probleemoplossend vermogen en een onvoldoende vermogen tot zelfregulatie. Sociaaleconomische status blijkt in deze reviews van geringe voorspellende waarde, hoewel deze factor in veel criminologische theorieën als erg belangrijk geldt (Andrews & Bonta, 2006).

Dynamische risicofactoren kunnen zowel algemeen als individueel zijn. Voorbeelden van algemene dynamische risicofactoren zijn middelenmisbruik en de aanwezigheid van een procrimineel netwerk (Andrews & Bonta, 1994).

### **7.5.3 Beschermende factoren**

Steeds vaker rijst de vraag of er naast risicofactoren ook beschermende (of protectieve) factoren bestaan, die iemand juist voor terugval kunnen behoeden. Volgens sommigen is de discussie een semantische kwestie. Het terugdringen van een risicofactor kan men immers ook herformuleren als een beschermende factor opbouwen.

Onder beschermende factoren vallen zowel kenmerken van de patiënt als van zijn omgeving die het risico op een recidive verlagen. Voorbeelden van sociale en omgevingsfactoren die een positieve bijdrage kunnen leveren aan het herstelproces en het voorkomen van nieuwe delicten zijn:

- een goede dagstructuur
- passend werk
- een geschikte huisvesting
- voldoende financiën
- een adequaat sociaal netwerk
- een stabiele intieme of partnerrelatie.

Persoonsgebonden beschermende factoren die worden genoemd zijn:

- een voldoende opleidings- en intelligentieniveau
- voldoende ziektebesef en -inzicht
- voldoende aanpassings- en leervermogen
- therapie- en medicatietrouw
- onthouding van middelengebruik

Er is tot nu toe weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de identificatie en werking van beschermende factoren (De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2007). Wel is voor de reguliere forensische psychiatrie recent de SAPROF ontwikkeld.

De SAPROF is bedoeld om tot een gestructureerde beoordeling van beschermende factoren te komen en kan worden gebruikt als aanvulling op de risicotaxatie. Deze lijst is vooral ook interessant omdat de beschermende factoren nauw aansluiten bij factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van leven, waar ook in de langdurige forensisch psychiatrische zorg veel aandacht aan wordt besteed. Helaas is de SAPROF niet gevalideerd voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

#### **Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling een instrument voor het inventariseren van beschermende factoren te ontwikkelen voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Hierbij gaat het dan in de eerste plaats om de inventarisatie van factoren die de begeleiding en behandeling kunnen ondersteunen. Een dergelijk instrument kan echter ook bijdragen aan de ontwikkeling van het milieu en van de kwaliteit van leven.

### **7.5.4 Risicotaxatie-instrumenten**

Hieronder komt een aantal risicotaxatie-instrumenten aan de orde die momenteel standaard worden gebruikt in de forensische psychiatrie en dus ook in de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Deze instrumenten zijn echter niet ontwikkeld en gevalideerd voor deze specifieke doelgroep. Het is dan ook aan te bevelen dergelijk validatie-onderzoek uit te voeren en ook te onderzoeken of er specifieke risicotaxatie-instrumenten voor deze doelgroep kunnen worden ontwikkeld.

De frequentie voor het gebruik van deze instrumenten is niet voorgeschreven, maar hun uitkomsten hebben (behalve de PCL-R) een beperkte geldigheidsduur. Herhaaldelijke risicotaxatie is dan ook geboden en vindt feitelijk al plaats bij belangrijke momenten in het justitiële proces. Er komt een voorgeschreven driejaarlijkse risicotaxatie bij de toetsing van de indicatie. Daarnaast kunnen er indicaties zoals verlofaanvragen zijn die een hertoetsing noodzakelijk maken.

*HCR-20 (Historical Clinical Risk-20)*. Met behulp van de HCR-20 wordt de kans op herhaling van gewelddadig gedrag getaxeerd. De HCR-20 wordt jaarlijks afgenomen ter ondersteuning van de advisering over de noodzaak van de verlenging van de tbs-maatregel, dan wel bij eventueel verlof.

*SVR-20 (Sexual Violence Risk -20)*. Met behulp van de SVR-20 wordt de kans op herhaling van het optreden van seksueel grensoverschrijdend gedrag getaxeerd. De afname van de SVR-20 vindt ieder jaar plaats ter ondersteuning van de advisering over de noodzaak van de verlenging van de maatregel tbs, dan wel bij eventueel verlof. Dit instrument wordt overigens uitsluitend gebruikt bij patiënten met een historie van zedendelicten en patiënten met gedragingen gerelateerd aan seksuele delicten.

*PCL-R (Psychopathy Checklist Revisited)*. De PCL-R meet de mate van psychopathie. Afname van de PCL-R is evenals de risicotaxatie verplicht gesteld in de tbs-sector (volgens het format van de aanvraag). Een zorgvuldige werkwijze bij de afname is geboden, mede wegens de ver strekkende gevolgen die een dergelijke score kan hebben voor iemands verdere leven. Daarom is het van belang de instructie voor het instrument nauwkeurig te volgen. Een dubbele scoring door twee getrainde professionals verdient uitdrukkelijk de voorkeur. De beoordelaars moeten zoals de instructie voorschrijft toegang hebben tot het hele dossier, beschikken over collaterale informatie en een speciaal PCL-R-interview houden met de onderzochte patiënt. Beide beoordelaars komen vervolgens samen tot een consensusscore.

*HKT-30 (Historisch Klinische Toekomst - 30)*. De HKT-30 is een Nederlands instrument om gewelddadige recidive in te schatten. De dertig items van de HKT-30 zijn verdeeld over drie domeinen: *historische en statische indicatoren* (11 items), *klinische en dynamische indicatoren* (13 items) en *toekomstige situatieve indicatoren* (6 items). Alle items moeten worden gescoord op een vijfpuntsschaal, variërend van nul tot vier. Per item worden de scores omschreven. De afname van de SVR-20 vindt ieder jaar plaats ter ondersteuning van de advisering over de noodzaak van de verlenging van de maatregel tbs, dan wel bij eventueel verlof.

**Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling de mogelijkheden te verkennen voor de ontwikkeling van een risicotaxatie-instrument speciaal voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit instrument zou verbetering van de behandelbaarheid moeten kunnen meten, alsook wijzigingen in het recidiverisico als gevolg van veranderingen in de omstandigheden zoals verbetering van de kwaliteit van leven.

Een moeilijk punt bij de risicotaxatie-instrumenten is hun beperkte statistische voorspellende waarde in combinatie met de soms absolute waarde die niet-professionals eraan toeschrijven. Professionals dienen zich bewust te zijn van de ver strekkende gevolgen die aan de uitkomsten van deze instrumenten worden verbonden, vooral door niet-vakgenoten.

### 7.5.5 Delictanalyse

Een delictanalyse maakt deel uit van de reguliere forensisch psychiatrische praktijk en brengt de effecten van de risico- en beschermende factoren in de totstandkoming van het indexdelict in kaart, alsook de mogelijke verbindingen met een patroon van eerdere delicten. Er wordt nagegaan hoe de stoornis het delict heeft beïnvloed. De centrale vraag luidt waarom deze patiënt, met deze achtergrond, deze stoornis en dit toestandbeeld, op dat moment dit type delict pleegde. Factoren uit de psychopathologie van de patiënt en andere relevante factoren die hebben bijgedragen in de aanloop naar en het plegen van het delict worden systematisch en in hun onderlinge samenhang beschreven. Het resultaat is een verklarend verhaal, dat stap voor stap het gedrag van de patiënt beschrijft met de bijbehorende relevante factoren die het gedrag beïnvloedden. Ook worden relevante terugkerende gedragspatronen beschreven en verklaard, zodat het gedrag van de patiënt voor, tijdens en na het delict begrijpelijk(er) wordt voor de behandelaar en de andere betrokkenen.

Uitgangsgegevens zijn de processen-verbaal of beschrijvingen van het delict. Andere gegevens zijn de levensgeschiedenis, alsook de psychiatrische, somatische, verslavings- en detentiegeschiedenis.

Een delictanalyse is in principe eenmalig. In de loop der jaren kan echter aanvullende informatie beschikbaar komen die bijstelling van de analyse noodzakelijk maakt. Een kritische toets van de delictanalyse zal niet telkens na drie jaar nodig zijn.

De precieze uitvoering van de delictanalyse ligt niet professioneel vast. Hierdoor is de onderlinge vergelijkbaarheid van dergelijke analyses niet altijd optimaal.

Voor een patiënt in een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg moet vooral worden bepaald hoe de delictanalyse en de daaruit voortvloeiende risicofactoren verband houden met het begeleidingsmilieu. Zo kan de instelling risicofactoren die tijdens het delict een belangrijke rol hebben gespeeld, zoals alcoholgebruik of

te veel prikkeling, binnen een netwerksysteem goed controleren en doseren. Andere delictfactoren, die weliswaar een rol speelden, maar minder belangrijk waren, kunnen mogelijk binnen de instelling juist belangrijker worden voor het actuele delict risico. Een voorbeeld hiervan is zich niet kunnen terugtrekken uit een gespannen situatie, waardoor de patiënt een heftige reactie daarop niet kan vermijden. De risico's die van belang zijn binnen de behandeling en begeleiding in een instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg kunnen daarom ook een ander accent krijgen dan in de eerdere behandelings situatie.

**Casus**

Een patiënt wordt na een lang en tumultueus verblijf in een reeks behandelklinieken, opgenomen in een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. De patiënt realiseert zich dat hij er gedurende lange tijd zal verblijven en richt zijn leven en dagritme daarop in. Zijn verwanten steunen hem daarin en hij ervaart stabiliteit in zijn bestaan. Het risico op impulsief gedrag neemt hierdoor af, omdat de ervaren stress is verminderd. De bijzonder strakke structurerende begeleiding die in de behandelklinieken noodzakelijk was, kan daardoor nu ook veel minder strak vorm krijgen.

**Casus**

Een patiënt heeft tijdens een lang verblijf in enkele behandelklinieken enkele moeizaam verlopen resocialisatiepogingen achter de rug. Op grond van het opnieuw overtreden van de gestelde voorwaarden krijgt hij een longstay-indicatie en komt hij in een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg, waar hij het helemaal niet mee eens is. Zijn omgeving sterkt hem in zijn idee van een levenslang uitzichtloos bestaan. Dit wakkert zijn verzet aan en hij ervaart een toenemende stress. Pogingen van het behandelende multidisciplinaire team hem de mogelijkheden van de nieuwe begeleidingsomgeving te laten zien vat hij op als even zo vele pogingen zijn verzet in de kiem te smoren. De patiënt vat de situatie op alsof hij niets meer te verliezen heeft. Hierdoor wordt de psychopathologie aangewakkerd en worden zijn boosheid en frustratie zo groot dat het risico op ernstige incidenten binnen de instelling sterk toeneemt.

## 7.6 Evaluatie van de langdurige forensisch psychiatrische zorg

Momenteel vindt er alleen een toetsing van de indicatie voor opname in de langdurige forensisch psychiatrische zorg plaats vóór de opname, zonder dat er hierna nog periodieke evaluaties van de longstay-indicatie plaatsvinden, terwijl dit laatste echter wel van groot belang is.

In het nieuwe longstay-beleidskader is ingevoerd dat wel periodiek moet worden getoetst of voortzetting van het verblijf op een afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg nog noodzakelijk is en of het delict risico zo is verminderd dat plaat-

sing in een andere omgeving aan de orde is (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98). Er moet dan elke drie jaar worden beoordeeld of de patiënt nog langdurige zorg en beveiliging nodig heeft. Hoe dit dient te gebeuren zal nog nader moeten worden vastgesteld.

Door de penitentiaire kamer van het Gerechtshof Arnhem is in maart 2007 bepaald dat bij elke verlengingszitting van de rechtbank en het Hof een verlenging van de longstay expliciet moet worden gemotiveerd. Voorgesteld wordt de periodieke toets van een longstay-verblijf samen te laten lopen met de reguliere verlengingszittingen, zodat het uit te brengen verlengingsadvies wordt aangevuld met een toets voor het al dan niet voortzetten van het verblijf in de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

Naast deze extern te verantwoorden toetsing wordt jaarlijks een multidisciplinaire behandelplanbespreking belegd (zie ook 8.3). Belangrijke bespreekpunten hier zijn een terugblik op het achterliggende jaar en een vooruitblik op het voorliggende jaar. In deze bespreking gaat het naast de vaststelling van het plan voor het komende jaar dus ook om een evaluatie van het afgelopen jaar, waarbij ook de voortzetting van de langdurige zorg en beveiliging aan de orde komt.

Ook dient jaarlijks de vraag aan de orde te komen in hoeverre er zich voor deze individuele patiënt nieuwe behandelmogelijkheden voordoen. Bezien moet worden of al langer bestaande behandelmethoden (inclusief medicatie) nu wel kunnen worden ingezet of dat er nieuwe behandelmethoden in ontwikkeling zijn, waar mogelijk van kan worden geprofiteerd.

Vanwege de maatregel tbs vindt ook eens in de zes jaar een onafhankelijke externe beoordeling plaats door een onafhankelijke psychiater en een onafhankelijke psycholoog. Deze worden via het NIFP ingeschakeld en rapporteren rechtstreeks aan het Ministerie en aan de rechtbank. Deze rapportage wordt bovendien besproken tijdens de verlengingszitting.

Het longstay-beleidskader van 2009 geeft aan dat de 'afdeling plaatsing' van DForZo de toets verricht (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98). De 'afdeling plaatsing' kan hierbij advies inwinnen van de LAP. De rechtbank toetst de delictgevaarlijkheid. Het voordeel van het gelijk laten lopen van de ijkmomenten is dat dit de patiënt meer rust kan geven, terwijl het minder werk voor de kliniek is en de overwegingen van een voortzetting van de longstay-indicatie frequenter worden gewogen.

## 7.7 Kwaliteit van leven

Na de diagnostiek moeten de zorgvragen, zorgbehoeften en motivatie van de patiënt in kaart worden gebracht. Waar mogelijk dient dit in overleg met de familie te gebeuren, ook omdat veel patiënten sterk zijn beperkt in hun ziektebesef en -inzicht.

Een deel van de patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg heeft zich in feite neergelegd bij hun verblijf in deze vorm van zorg. Dit kan bijvoorbeeld blijken uit

hun verbale uitingen, maar in ieder geval ook uit hun gedrag. Door de zorg en ondersteuning binnen de geboden beperkingen te accepteren komen deze patiënten vaak tot rust. Deze rust draagt in belangrijke mate bij aan hun kwaliteit van leven. Precieze percentages zijn er niet, maar werkers in het veld schatten dat het ongeveer een derde van alle opgenomen patiënten van de langdurige forensisch psychiatrische zorg betreft (zie 9.8).

De zorgvraag en zorgbehoefte duidelijk krijgen is van groot belang om de doelstellingen van de voorzieningen voor langdurige forensisch psychiatrische zorg te kunnen realiseren. Voor deze doelgroep geldt immers dat de nadruk in het behandelplan op de kwaliteit van leven ligt. Daartoe moet er duidelijkheid zijn over de wensen en behoeften van de patiënt en moet er worden gekeken naar zijn reële mogelijkheden binnen deze setting. Voldoen aan de zorgbehoefte is niet hetzelfde als zoveel mogelijk de verzoeken van deze patiënt inwilligen. Het betreft veeleer een continu proces van onderhandeling. In de reguliere psychiatrie wordt in een soortgelijk verband al geruime tijd succesvol gebruikgemaakt van de technieken van de individuele rehabilitatiemethode (zie Anthony, Cohen, Farkas & Gagne, 2002).

## 7.8 Somatische diagnostiek en zorg

### 7.8.1 Kwaliteitsnormen

Landelijk worden steeds meer richtlijnen opgesteld waaraan de somatische zorg binnen de algemeen psychiatrische ziekenhuizen moet voldoen. In de rapporten van 1999 en 2004 van de Inspectie voor de gezondheidszorg worden met name de volgende punten genoemd als aanbevelingen voor de uitvoering. Deze punten vormen dan ook de basis van deze paragraaf.

- Visie op de relatie tussen psychiatrische en somatische zorg, waarbij vooral de integrale wijze van benaderen voorrang krijgt.
- Ontwerpen van een beleidsplan voor de somatische zorg met de ontwikkeling van protocollen en de inbedding ervan in een systeem van kwaliteitszorg.
- Zorg voor de ketenkwaliteit.
- Een taakverdeling tussen de verschillende typen artsen in de instelling om samen verantwoorde somatische diagnostiek en behandeling voor de patiënten te garanderen.
- Afspraken maken met algemene ziekenhuizen over de gewenste zorg.
- Als prestatie-indicator voor de GGZ wordt in 2007-2008 een jaarlijkse somatische screening genoemd bij langdurig opgenomen patiënten.

## 7.8.2 Aandachtspunten voor de somatische zorg

Het opstellen van een beleidsplan somatische zorg door medisch verantwoordelijken moet conform de richtlijnen van de Inspectie voor de gezondheidszorg verlopen met bijzondere aandacht voor de volgende speerpunten.

De ontwikkelingen in de somatische gezondheidszorg gaan snel. Zowel op diagnostisch als therapeutisch gebied zijn er de afgelopen decennia veel nieuwe mogelijkheden ontstaan. Het is voor instellingen voor forensisch psychiatrische zorg niet eenvoudig deze nieuwe kennis in de zorg te verankeren. Een goede samenwerking met artsen en specialisten is onontbeerlijk en verdere contacten met specialisten ontwikkelen en onderhouden is van groot belang.

Somatische problematiek bij psychiatrische patiënten signaleren en diagnosticeren zijn doorgaans gecompliceerd door de interveniërende psychiatrische problematiek, die het heldere oordeel van de patiënt over het eigen somatische welbevinden kan beperken. Het kan hierbij gaan om een overmaat aan subjectieve klachten, maar ook om onder-rapportage of onbetrouwbaarheid in de verstrekking van gegevens. Alerte begeleiding en verpleging zijn zeer wenselijk en overleg tussen de betrokken artsen is noodzakelijk om een zo adequaat mogelijk oordeel te geven en het patiënten- en dokters-*delay* te beperken.

De levensverwachting voor patiënten met een psychiatrische stoornis ligt volgens diverse onderzoeken 15 tot 25 jaar lager dan het gemiddelde. Mannelijke cliënten hebben een nog lagere levensverwachting. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te geven. Psychiatrische cliënten hebben vaak een ongezondere levensstijl: ze bewegen minder, eten ongezonder en roken vaker dan gemiddeld. Ook hebben ze vaak een hoger stressniveau. Daarnaast gebruiken zij medicatie, die op lange termijn specifieke gezondheidsrisico's met zich meebrengt. De komende jaren zal de somatische zorg als onderdeel van de integrale zorg extra aandacht behoeven. Veel somatische comorbiditeit is beter te behandelen en in veel gevallen zelfs te voorkomen. Er moet de komende jaren verbetering komen in de kwaliteit van leven en levensverwachting van mensen met psychiatrische problemen.

Er worden internationaal initiatieven genomen om de achterstand in de somatische zorg voor psychiatrische patiënten weg te werken. De aandacht richt zich in het bijzonder op metabolismestoornissen, waarbij risicofactoren zoals hypertensie, verhoogd cholesterol en diabetes systematisch worden gevolgd.

Een preventieve aanpak is het meest succesvol om schade zoveel mogelijk te voorkomen. Het is wenselijk patiënten te helpen om verkeerde leefgewoonten of verslavingen op te geven. Er moet meer aandacht komen voor stoppen met roken en tot een gezondere levensstijl komen. Daarnaast zijn hart- en vaatziekten goed behandelbaar. Omdat er sprake is van veel somatische comorbiditeit, en verschillende artsen de primaire verantwoordelijkheid dragen voor de psychiatrische en de somatische zorg, is het van belang structureel overleg te hebben over deze problematiek. Dit klemmt des te

meer naarmate medicatie enerzijds de levensverwachting negatief beïnvloedt, maar anderzijds tegelijkertijd de veiligheid van de omgeving en de bewegingsvrijheid van de patiënt vergroot.

Naast de individuele zorg moeten er voorzieningen worden opgezet voor deze doelgroep om in een zo vroeg mogelijk stadium te kunnen handelen. Dit vraagt om een gezamenlijke krachtsinspanning van zowel arts, individuele behandelaar, verpleging, diëtist en bewegingsdeskundige als management.

## 7.9 Aanvullend onderzoek

Op indicatie kan er aanvullend onderzoek plaatsvinden op de volgende gebieden.

### 7.9.1 Milieu- en netwerkonderzoek

Het sociale netwerk van de patiënt is een factor die zowel het recidiverisico als de kwaliteit van leven beïnvloedt, hetzij in negatieve, hetzij in positieve zin. De structuur en kenmerken van het sociale netwerk van een specifieke patiënt worden gerelateerd aan de diverse risico's die zich kunnen ontwikkelen tijdens en na ontslag. Daarom is het in de reguliere forensische psychiatrie gebruikelijk het sociale netwerk in kaart te brengen. Dit levert belangrijke gegevens op voor de risicotaxatie en risicomangement, maar ook voor de behandeling. Daarnaast kunnen personen uit het netwerk van de patiënt ook bij de behandeling worden betrokken. In gunstige gevallen ten slotte kan de aanwezigheid van een positief ondersteunend en corrigerend netwerk een goede invloed hebben op het behandel- en begeleidingsproces, en daarmee ook op de kwaliteit van leven.

Het maatschappelijk werk verricht een belangrijke taak bij het onderzoek naar het netwerk van de patiënten. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren met behulp van de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA, Bartels & Spreen, 2005), waarnaar momenteel in de tbs-sector wetenschappelijk onderzoek wordt verricht.

Zo nodig en zo mogelijk kan er ook een heteroanamnese plaatsvinden bij de familie en eventueel bij anderen in de omgeving van de patiënt. Heteroanamnestische gegevens zijn van belang omdat veel patiënten zich niet of slechts ten dele bewust zijn van hun psychiatrische aandoening. Belangrijke onderwerpen in deze heteroanamnese zijn veranderingen in het sociale functioneren, stemmingsveranderingen en drugsgebruik.

Ten slotte kan systeemdiagnostiek aangeven of systeemtherapie is geïndiceerd.

## 7.9.2 Interculturele diagnostiek

Van de patiënten in forensisch psychiatrische instellingen is een deel niet afkomstig uit Nederland. Vergeleken met de Nederlandse maatschappij als geheel is er zelfs sprake van oververtegenwoordiging van allochtonen in tbs-inrichtingen. Ruim een op de drie tbs-gestelden valt als allochtoon aan te merken. Daarnaast is het percentage allochtonen de laatste tien jaar toegenomen (zie RSJ advies, 2007).

De culturele achtergrond van de patiënt is van belang bij een juiste diagnose stellen. Interculturele diagnostiek houdt zich bezig met testen beoordelen en interpreteren, alsook met de afname van culturele diagnostiek bij patiënten van allochtone afkomst. Dit moet overigens al bij de opname in de reguliere forensisch psychiatrische zorg gebeuren.

### **Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling voorafgaande aan de opname allochtonen aan te melden voor een cultuuronderzoek met de vraagstelling welke culturele factoren mogelijk van invloed zijn op de aandoening, de presentatie van wat er aan de hand is, de behandeling en begeleiding (en het delict).

Een cultureel onderzoek kan er als volgt uitzien. Na de beantwoording van de vraag welke culturele factoren van invloed zijn geweest op de aandoening en de presentatie daarvan wordt de toegepaste testdiagnostiek onderzocht en kan een 'cultureel interview' worden afgenomen. Dit interview geeft inzicht in hoe de patiënt in zijn cultuur en de Nederlandse cultuur staat, alsook in de mate waarin hij is geaccultureerd. Ook wordt besproken welk beeld de patiënt heeft van zijn ziekte en hoe hier in zijn cultuur tegenaan wordt gekeken. Als laatste wordt besproken hoe de communicatie in de behandeling en begeleiding verloopt en welke wensen de patiënt heeft ten aanzien van de behandeling.

Als het Nederlands te beperkt is, worden de interviews en testen met een tolk afgenomen. Eventuele feitenkennis over de cultuur wordt vooraf, tijdens en eventueel na het interview onderzocht. In het verslag wordt een advies gegeven voor de behandeling en de vraagstelling wordt beantwoord. Ook wordt besproken welke diagnostiek er nog verder kan worden ingezet.

## 7.9.3 Informeren van slachtoffers en nabestaanden

Het uitgangspunt bij het informeren van slachtoffers en nabestaande bij het strafverloop is dat het Landelijk Informatiepunt Justitiële Verloven (LIJV) de coördinerende organisatie is. Zij doet dit op basis van informatie van het OM en DJI. Hierbij wordt een protocol gehanteerd dat is opgesteld door OM, DJI en LIJV.

Op dit moment spelen er drie ontwikkelingen waarin het informeren van slachtoffers en burgemeester een rol speelt.

1. Bestuurlijke informatie aan gemeenten en het *pilot*-project 'Zicht Op Enschedese tbs-gestelden' (ZOET).
2. Het wetsvoorstel voor de versterking van de positie van het slachtoffer in het strafproces.
3. Op het slachtoffer gerichte voorwaarden.

Met deze trajecten wordt beoogd de informatievoorziening aan slachtoffers en bestuurders te verbeteren. Ook moet recht worden gedaan aan de handhaving van de openbare orde en veiligheid van de samenleving. Een belangrijk onderdeel is het streven de angst bij slachtoffers voor een onvoorbereide confrontatie met de justitiabele te verminderen. De implementatie en effecten van de genoemde trajecten worden in het najaar van 2009 verwacht.

**Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling nieuwe behandelmethodieken te onderzoeken voor deze doelgroep. Hierbij moet rekening worden gehouden met de beperkte leervermogens van sommige patiënten.



## 8 Begeleidings- en rehabilitatiefase

### 8.1 Doelen begeleidings- en rehabilitatiefase

De primaire doelstellingen van de behandel- en begeleidingsfase zijn de psychiatrische problematiek stabiliseren, alsook het recidiverisico beheersen en, zo mogelijk, verkleinen. De geboden behandeling en begeleiding op een langdurige forensisch psychiatrische zorgafdeling omvatten een samenhangend geheel van taken en activiteiten gericht op rehabilitatie en zoveel mogelijk voldoen aan de individuele zorgvragen. Met rehabilitatie (Anthony et al., 2002) wordt bedoeld dat de patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg, binnen de daar geldende beperkingen, hun persoonlijke potentieel op diverse leefgebieden zo goed mogelijk actualiseren en tot zoveel mogelijk autonomie komen.

Er wordt voorzien in een adequaat leefklimaat en op het individu toegesneden zorg. Een en ander wordt vastgelegd in een verpleeg- en behandelplan. De geboden behandeling en begeleiding richten zich op de stabilisatie van het psychische functioneren en niet direct op terugkeer in de maatschappij. De langdurige forensisch psychiatrische zorg probeert, waar mogelijk, een afspiegeling van de maatschappij te creëren. In nauw overleg met de patiënt worden concrete doelen gesteld die de kwaliteit van zijn leven zo groot mogelijk maken.

### 8.2 Sociotherapie

In de begeleidings- en rehabilitatiefase is een belangrijke rol weggelegd voor de sociotherapeut. De sociotherapeut gaat een functionele samenwerkingsrelatie aan met de patiënt. De sociotherapeut kan worden gezien als een deelnemer aan het groepsproces met een professioneel relatieaanbod. De sociotherapeut balanceert in een 'grijs' gebied van enerzijds staflid zijn en anderzijds meeleven en meewerken in de patiëntengroep. Sociotherapeuten zijn daardoor degenen die het dichtst bij de patiënten staan. Zij leven dagelijks mee in de groep en zijn daardoor maximaal op de hoogte van wat er in de groep leeft. De sociotherapeut is daardoor een belangrijke bron van informatie.

De hoofdtaak van de sociotherapie is een optimaal leefklimaat bevorderen en handhaven. Dit omvat onder andere het bewaken van de sfeer in de gemeenschap, oog hebben voor het verloop van het dagprogramma en de leefbaarheid. Dit gebeurt onder meer door mee te leven in de groep. Ook het samenwerken van sociotherapeuten is van belang. Dit betreft onder andere het gezamenlijk een lijn kunnen bepalen voor het therapeutisch werken door overleg en evaluaties van het functioneren van patiënt en staf.

Zoals vermeld staan sociotherapeuten het dichtst bij de patiënten. De juiste afstand bewaren is dan ook erg moeilijk. Dit stelt hoge eisen aan hun scholing en persoonlijkheid. De sociotherapeut brengt zichzelf in als mens met goede en slechte eigenschappen, met mogelijkheden en beperkingen. De patiënt spreekt de sociotherapeut dan ook vooral aan als mens, als deelnemer aan het groepsproces, ook al doet de sociotherapeut een professioneel relatieaanbod. Verschillende sociotherapeuten moeten verder overeenkomstige eisen stellen aan de groep en individuele patiënten. Een duidelijke rapportage is hierbij van groot belang. Het gaat dan om zaken als de mondelinge en schriftelijke overdracht van relevante informatie aan de stafleden, evaluaties van de behandeling en besprekingen over hulpvragers. Daarnaast betreft het de evaluatie van de eigen inbreng.

Bij alle groepsbijeenkomsten is de sociotherapeut vooral gericht op begeleiding. Zo nodig verleent de sociotherapeut ondersteuning. De sociotherapeut probeert de groepsleden inzicht te geven in hun eigen functioneren en doet een beroep op de aanwezige mogelijkheden van iedere patiënt, zodat zijn probleemoplossende vermogen en dat van de groep groter wordt. Belangrijke aangrijpingspunten hierbij zijn de groepsdynamische processen.

Doordat de langdurige forensisch psychiatrische zorg qua delictgeschiedenis en stoornissen van de patiënten zeer divers is, varieert de zorgbehoefte enorm. De ene patiënt is heel zelfstandig, terwijl de andere bij alles een op een moet worden begeleid. Dit vraagt veel flexibiliteit van het personeel.

Een ander punt is dat er geen, dan wel heel weinig doorstroom op de afdeling is, zowel binnen de patiëntengroep als bij het personeel. Dit heeft als voordeel dat er rust is op de afdeling, wat bijdraagt aan het doel van de afdeling. Een nadeel hiervan is wel dat het ten koste kan gaan van een adequate professionele distantie. Dit laatste vereist dan ook een voortdurende alertheid van het personeel.

### 8.3 Organisatorische aspecten

De rehabilitatiegedachte heeft consequenties voor de begeleiding. Deze begeleiding moet uiteindelijk zijn gebaseerd op humanitaire overwegingen en respect voor de patiënt als mens. De begeleiding probeert hiertoe de patiënt binnen de gestelde kaders zo autonoom mogelijk te laten zijn. Hierdoor richt de aandacht zich in de begeleiding vooral op wat de patiënt zelf kan. Dit verschilt wezenlijk van de begeleiding in een setting waar de behandeling is gericht op resocialisatie. In de langdurige forensisch psychiatrische zorg ligt de nadruk op wat de patiënt niet kan en waar dus aan moet worden gewerkt. Hierbij gaat het onder andere om het voorkómen van risico's binnen de afdeling, terwijl het voorkómen van risico's buiten de afdeling hier niet aan de orde is.

De behandelfase begint als het individuele verpleeg- en behandelplan aan de patiënt kan worden voorgelegd. Het uitgangspunt is hier vooral wat er uit de diagnostiekfase naar voren is gekomen als een geschikt levensdomein voor de patiënt. Investeren in

een samenwerkingsrelatie en een perspectief heeft prioriteit. Dit perspectief richt zich in eerste instantie op het verblijf binnen de kaders van de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

Deze mogelijkheid om aan te sluiten op de zorgvraag van de patiënt hangt uiteraard nauw samen met de mate waarin de individuele patiënt behandelbaar is.

In de eerste fase is het van belang met eventuele crisissituaties om te gaan en deze te stabiliseren. Daarna volgt de inventarisatie van de draaglast en draagkracht, en eventueel ook van de benodigde psycho-educatie. Belangrijke thema's hierbij zijn de rouw over de opname in de instelling en de daaruit voortvloeiende dynamiek (zie ook 8.2.2). Tot slot is er dan de op rehabilitatie gerichte behandeling en begeleiding van de patiënt. Het gaat hier uiteraard niet om chronologisch strikt gescheiden fasen. Bij individuele patiënten kunnen verschillende fasen tegelijk aan de orde zijn. Ook is het mogelijk dat de verschillende fasen telkens opnieuw aan de orde komen, maar dan wel in het kader van verschillende onderwerpen of levensdomeinen. Al deze informatie komt samen in het individuele verpleeg- en behandelplan. Daarin worden ook de doelen van het verblijf in de instelling beschreven, alsook een plan om deze doelen te bereiken.

Eventuele ontwikkelingen worden structureel geëvalueerd in tussentijdse behandeloverleggen (TBO's). Minimaal één keer per jaar vindt een evaluatie plaats van de voorafgaande periode en worden eventuele wijzigingen in het verpleeg- en behandelplan opgenomen.

### **8.3.1 Start van de behandelfase**

Patiënten die worden opgenomen in de langdurige forensische zorg hebben meestal al vele jaren intensieve behandeling achter de rug. Die behandeling heeft in bijna alle gevallen plaatsgevonden in verschillende klinieken. Deze patiënten hebben echter niet voldoende kunnen profiteren van de aangeboden behandelingen. Soms komt dit doordat hun verzet tegen de behandeling te groot bleef, soms doordat de gebruikte methoden niet voldoende hielpen. In alle gevallen geldt dat de kans op herhaling van delicten of andere risico's te groot is gebleven en maatschappelijk onacceptabel is.

De behandelfase start met een kennismakingsperiode voor patiënt en behandelteam, waarbij in eerste instantie wordt uitgegaan van de diagnostiek van de voorgaande kliniek. Deze fase begint met een zogenaamde opnamebespreking. Hierin wordt vastgesteld wat er de eerste maanden met de patiënt moet gebeuren, waar zijn kwaliteiten liggen en wat de aandachtspunten in de bejegening moeten zijn. Binnen drie maanden na de opname volgt de eerste behandelbespreking. Hierin wordt de diagnostiek geëvalueerd en zo nodig wordt er hernieuwd of aanvullend onderzoek verricht (zie de hoofdstukken 5 en 6). Deze gegevens en de discussie daarover resulteren in besluiten over de inhoud, vorm en intensiteit van de behandeling en begeleiding. Hieruit vloeit een individueel verpleeg- en behandelplan voort.

### 8.3.2 Fasen vanuit de patiënt gezien

Voorafgaand aan de opname wordt de patiënt door een of twee medewerkers van de langdurige forensische zorgafdeling bezocht. De toekomstige patiënt kan zo kennismaken met enkele medewerkers, krijgt informatie over de kliniek en kan vragen stellen.

Na opname volgt de fase van kennismaking met zijn medepatiënten, de afdeling, het behandelteam, de kliniek en de organisatie.

Nu kan de fase van rouw en acceptatie plaatsvinden. Of, wanneer en hoe een patiënt deze fase doormaakt, verschilt per individu. In deze fase kan het een complicerende factor zijn dat het toekomstperspectief in de ogen van de patiënt onduidelijk is. Vooral als de longstay-status kort tevoren is uitgesproken kunnen nog lopende juridische procedures de toekomst onzeker maken.

Tot slot is er de fase van het inrichten en vormgeven van het leven binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

In de langdurige forensisch psychiatrische zorg krijgen patiënten er mee te maken dat er geen behandeling meer plaatsvindt gericht op externe resocialisatie. Sommige patiënten lukt het zich hierbij neer te leggen en de mogelijkheden die er nog wel zijn binnen de kliniek te aanvaarden. Veel patiënten kunnen zich daar echter niet bij neerleggen. Zij zijn nog steeds gericht op vrijlating en accepteren het lange verblijf niet. Vooral de periode rondom een verlengingszitting is daarom vaak onrustig.

Doordat de patiënt wordt aangesproken op zijn gezonde gedrag komt het delictgerelateerde of zieke gedrag vaak minder voor en wordt het moeilijker waarneembaar, dit in tegenstelling tot in een behandelafdeling, die zich juist richt op de ziekte en het delict. Ook het wegvallen van de behandelruk geeft vaak rust. Dit is uiteraard wenselijk, maar het is ook een lastig punt. Er moet immers voortdurend worden gemotiveerd waarom iemand in de langdurige forensisch psychiatrische zorg verblijft. Voor de patiënt is het soms verwarrend dat er in de dagelijkse omgang vooral een beroep wordt gedaan op zijn gezonde gedrag, terwijl er tijdens besprekingen vooral naar zijn zieke kant wordt gekeken. Bij de meeste patiënten is het overigens wel duidelijk dat bij de geringste stress de ziekte- en delictgerelateerde symptomen weer de kop op zullen steken.

## 8.4 Teamsamenstelling en deskundigheid

Tijdens het verblijf van de patiënt op een afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg worden de behandeling, begeleiding en beveiliging bewaakt door een behandelteam. Het behandelteam wordt inhoudelijk aangestuurd door een behandelcoördinator en bestaat minimaal uit de volgende disciplines:

- een behandelcoördinator, doorgaans een psycholoog of een andere gedragswetenschapper die als voorzitter fungeert

- een zorg- of afdelingsmanager
- een sociotherapeut, forensisch psychiatrisch begeleider of sociotherapeutisch medewerker
- een psycholoog
- een psychiater
- een rehabilitatiemedewerker of trainer
- een maatschappelijk werker of systeemdiagnostisch begeleider

Op afroep kan een behandelteam worden uitgebreid met:

- een arts
- een bewegingsagoog
- medewerkers uit vakdisciplines zoals PMT en creatieve therapie
- een medewerker arbeid
- een medewerker vrije tijd
- verpleegkundigen van de medische dienst, et cetera

Het behandelteam is de eerst verantwoordelijke instantie voor de totstandkoming van een behandelplan waarin de doelen van het verblijf op de afdeling helder worden beschreven. Een multidisciplinair behandelteam, waar ook behandelaars van andere afdelingen bij zijn betrokken, moet dit behandelplan op instellingsniveau vaststellen. Daarmee wordt het behandelplan van de afdeling opgewaardeerd naar een behandelplan van de instelling als geheel.

Het is van groot belang dat het kernteam een goede ondersteuning krijgt. De ervaring leert dat langdurige forensisch psychiatrische patiënten onder andere wegens hun cognitieve vervormingen en ontkenning heftige gevoelens van tegenoverdracht kunnen oproepen. Dit kan schadelijk zijn voor het personeel, alsook mede de behandeling en begeleiding verstoren. Om het personeel hierin te ondersteunen en te begeleiden zijn de volgende zaken van belang.

- Supervisie om burnout en vermindering van motivatie te voorkomen. Ook draagt supervisie eraan bij dat het behandelprogramma op de juiste wijze wordt geïmplementeerd (Bender & Lösel 1997; Hollin 1999).
- Intervisie om moeilijkheden te bespreken en kennis over *best practices* uit te wisselen.
- Crisisinterventie als zich een situatie heeft voorgedaan die een grote ontwrichtende invloed heeft op een behandel- en begeleidingsteam. Er wordt dan professionele hulp ingeroepen om het evenwicht en het vertrouwen in het team te herstellen.
- Deskundigheidsbevordering. Het personeel wordt aangemoedigd en in staat gesteld deel te nemen aan trainingen, workshops en dergelijke. Gedegen en actuele kennis van de forensische psychopathologie is een vereiste.

## 8.5 Motivatie van de patiënt

Opname in de langdurige forensisch psychiatrische zorg beïnvloedt het perspectief van de patiënt vaak ingrijpend. Soms wordt een dergelijke plaatsing opgevat als een vorm van levenslang. Een perspectief bieden, zowel binnen de instelling als op de langere termijn, door de mogelijkheden en beperkingen realistisch te bespreken kan de motivatie positief beïnvloeden.

De motivatie van de patiënt om zijn verblijf te aanvaarden en nieuwe doelen na te streven hangt ook af van de ervaren zinvolheid van zijn activiteiten. Onvoldoende ervaren zinvolheid kan leiden tot depressieve episodes en wanhoop. Opgenomen worden in een instelling waar het dagritme en de algemene dagelijkse levensverrichtingen het uitgangspunt vormen om de kwaliteit van leven te optimaliseren is een grote verandering ten opzichte van de behandelafdelingen waar de patiënt jaren lang heeft verbleven. Problemen met zingeving en een goede manier om daarmee om te gaan zijn hiermee een centraal thema in de behandeling en begeleiding.

Een groot aantal patiënten heeft bij opname in de langdurige forensisch psychiatrische zorg geen inzicht in hun eigen situatie en problematiek. Een hulpvraag ontbreekt. Het gebrek aan voldoende probleembesef en -inzicht is vaak een onderdeel van de problematiek van forensisch psychiatrische patiënten. Dit onderdeel heeft in de jarenlange tbs-behandeling voorafgaand aan plaatsing in de langdurige forensisch psychiatrische zorg meestal centraal gestaan. Aanvankelijk heeft de patiënt over het algemeen geen behandelvraag of er bestaat een verschil van mening over deze vraag tussen de patiënt en zijn behandelaars. Ook over de noodzaak van plaatsing, c.q. het verblijf in de langdurige forensisch psychiatrische zorg bestaat veelal een verschil van mening tussen patiënt en behandelaars. De wensen en de hulpvraag van de patiënt moeten daarom zo worden omgevormd dat zij wel binnen de feitelijke situatie passen. "Ik wil weg" wordt dan bijvoorbeeld: "Hoe houd ik het vol?" en "Wat kan ik hier nog doen?"

Vanuit de verslavingszorg hebben Miller en Rollnick (2002) een gespreksmethodiek ontwikkeld om patiënten te motiveren en hun weerstand tegen verandering te verminderen. Hierbij worden motivatie en weerstand niet zozeer gezien als eigenschappen van de patiënt, als wel als een afgeleide van de communicatie tussen patiënt en hulpverlener. Een andere belangrijke factor in de motivering van patiënten is de aanwezigheid van een veilig en stimulerend milieu.

### **Aanbeveling**

Het is van belang niet alleen bij de start van de behandeling en begeleiding aandacht te besteden aan de intrinsieke motivatie van de patiënt, maar dat ook gedurende het gehele verblijf vol te houden.

## 8.6 Beveiliging

In de langdurige forensisch psychiatrische zorg, waar beveiliging een belangrijke rol speelt, wordt aan de hand van de actuele forensisch psychiatrische diagnostiek per patiënt gestreefd naar een goede afstemming op de drie vormen van beveiliging, die hieronder aan de orde komen. Omdat forensisch psychiatrische behandeling terugkomt in alle drie de vormen van beveiliging, zij het vooral in de laatste twee, wordt er gesproken van beveiligende zorg. Het betreft de volgende drie vormen van preventie.

- a Fysieke preventie gaat vooral over beveiliging tegen direct gevaar met materiële en personele middelen, de bewaking en controle in engere zin.
  - De beveiliging die de gebouwen bieden op grond van hun geslotenheid, overzichtelijkheid, indeling in compartimenten, barrières tegen uitbreken en separeerkamers.
  - Beveiligingsapparatuur zoals elektronische controle buiten en binnen het gebouw, video, piepers en verlichting.
  - Aantal personeelsleden met specifieke beheersings- en de-escalatievaardigheden.
  - Regelgeving over de dagelijkse structuur.
  
- b Sociale preventie, de beveiliging die voortvloeit uit een positieve relatie tussen patiënten en hulpverleners en tussen patiënten onderling. Dit betreft bijvoorbeeld de volgende punten.
  - Kwaliteit van het personeel, waarbij het gaat om mogelijkheden voor de patiënten om zich te hechten aan de behandelaars, respect, empathisch vermogen, betrouwbaarheid, directheid, het vermogen grenzen te stellen; kortom, de attitudes en vermogens die te maken hebben met de onderlinge omgang en het bejegeningrepertoire.
  - Basisregels voor geweld, bedreiging, wapens en drugs.
  - Uitgangspunten, zoals 'afpraak is afspraak', 'respect' en 'verantwoordelijkheid naar draagkracht'.
  - Klimaat van de afdeling.
  - Op de delictgerelateerde problematiek toegesneden bejegening.
  
- c Beleidsmatige en organisatorische preventie gericht op de toekomst. Hier gaat het om beveiliging die het gevolg is van een effectief ingerichte zorg.
  - Verwezenlijking van doelen gericht op de vergroting van de kwaliteit van het leven door deze doelen op te nemen in het individuele verpleeg- en behandelplan. Deze verwezenlijking vergroot de tevredenheid van de patiënt ten aanzien van het verblijf.
  - Een gedegen risicotaxatie.
  - Een heldere beschrijving van het delictscenario.
  - Het signaleringsplan (zie hoofdstuk 9).
  - Een delictpreventieplan. Dit plan is niet meer gericht op terugkeer in de maatschappij, maar op het verblijf binnen de instelling en de daar toegestane vrijheden. Het biedt een goed overzicht van risicofactoren die direct voortvloeien uit de problematiek van de patiënt en de omgeving.

- Gefaseerd toekennen van vrijheden. Dit zorgt voor een zo groot mogelijke autonomie en vergroot de kwaliteit van het leven.
- Rehabilitatieactiviteiten zoals een dagbesteding, uitgebreide verlofmogelijkheden, netwerkcontacten en dergelijke (zie ook hoofdstuk 9).

## 9 Inhoud begeleiding en rehabilitatie

De behandeling en begeleiding van patiënten zijn gebaseerd op de principes van de psychosociale rehabilitatiemethode. Dit is een integrale benadering die kan worden omschreven als 'een proces van activiteiten die erop zijn gericht een patiënt met psychosociale beperkingen te helpen en diens kwaliteit van leven en vermogen voor zichzelf te zorgen zo groot mogelijk te laten zijn, teneinde zowel persoonlijk als maatschappelijk tot tevredenheid te kunnen functioneren in woon-, werk- en andere milieus'.

Deze benadering richt zich zowel op de patiënt zelf als op zijn leefomgeving. In de langdurige forensisch psychiatrische zorg heeft deze benadering als doel vermogens te ontwikkelen en te leren omgaan met de langdurige beperkingen. Rehabilitatie is afgestemd op de wensen, mogelijkheden, beperkingen en kwetsbaarheid van de patiënten. In de langdurige forensisch psychiatrische zorg gebeurt dit alles uiteraard binnen de beperkingen van de noodzakelijke beveiliging en wettelijke mogelijkheden. Het is geen therapeutisch model en sluit meer aan bij het gewone dagelijkse leven. Behandeling in engere zin is niet hetzelfde als rehabilitatie, maar therapie kan wel een onderdeel zijn van het zorgpakket.

Hieronder worden verschillende facetten van de behandeling en begeleiding in willekeurige volgorde besproken.

### 9.1 Farmacotherapie

Conform de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie ([www.nvvp.net](http://www.nvvp.net)) kan medicatiegebruik een belangrijk onderdeel van de behandeling en begeleiding vormen. Er wordt gestreefd naar behandeling volgens de laatste inzichten van de *evidence based medicine*. Behandeling met medicatie streeft de volgende doelen na.

- Management van acute symptomen
- Remissie van symptomen
- Onderhoudstherapie
- Voorkómen van terugvallen

Bij farmacologische behandeling is het blijvend bevorderen van medicatietrouw van essentieel belang. Bij patiënten met psychotische problematiek ontbreekt vaak het ziektebesef en -inzicht, zodat medicatietrouw voor langere tijd moeilijk valt te waarborgen. Daarnaast kunnen de bijwerkingen van medicatie een dusdanige inbreuk inhouden op het dagelijkse leven van de patiënt dat deze de medicatie weigert. Bij pati-

enten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg is er overigens veelal sprake van jarenlang medicatiegebruik.

### 9.1.1 De dwang achter de medicatie

Er is sprake van dwangmedicatie als een patiënt tegen zijn wil, al dan niet met behulp van fysiek ingrijpen, medicatie krijgt toegediend. Dit kan gebeuren in een acute nood-situatie, en dan duurt dat maximaal zeven dagen, of bij een dwangbehandeling, die doorgaans langer duurt dan zeven dagen. Ernstig gevaar staat hier voor een schadelij-ke situatie voor de patiënt die zich niet op korte termijn zal wijzigen. Niet behandelen verergert hier de toestand in psychiatrische en sociale zin en maakt de prognose slechter. Dwangbehandeling vindt echter alleen plaats conform de wettelijke voor-schriften, wat betekent dat dwangmedicatie relatief weinig voorkomt (zie bijlage V voor de wettelijke voorschriften omtrent dwangmedicatie).

### 9.1.2 Somatische medicatie

Medicatie wordt door de huisarts voorgeschreven volgens de NHG-standaarden (www.nhg.nl). Naast de huisarts speelt ook de verpleegkundige van de medische dienst of een *nurse practitioner* een actieve rol tijdens de spreekuren. Aan de hand van vastgestelde richtlijnen kan een *nurse practitioner* spreekuur houden. Dit heeft een grote meerwaarde omdat er meer aandacht kan worden besteed aan de cliënt met zijn klacht, de relatie van die klacht met zijn psychiatrische stoornissen en zijn dage-lijkse levensomstandigheden.

## 9.2 Psycho-educatie

Psycho-educatie houdt in dat een patiënt en zijn familie voorlichting krijgen over zijn psychiatrische stoornissen. Deze voorlichting moet breed zijn en onder andere aan-dacht te besteden aan de volgende onderwerpen:

- signalen (vroeg herkenning)
- symptomen
- medicatie
- behandelmogelijkheden en de beperkingen van behandelingen
- gevolgen van het ziek zijn

Veelal is er in voorgaande behandelklinieken al sprake geweest van psycho-educatie, maar in de praktijk blijkt dat patiënten en het systeem waarin zij leefden over onvol-doende kennis over de aanwezige stoornissen beschikken. Psycho-educatie is erop ge-richt het ziektebesef en -inzicht te vergroten, het innemen van medicatie te bevorde-ren en het sociale functioneren te verbeteren.

### 9.3 Netwerk

Het sociale netwerk van patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg is vaak beperkt. Dit netwerk kan bestaan uit een partner, familieleden, vrienden en kennissen van vroeger, maar bijvoorbeeld ook uit een vrijwilliger die de patiënt komt bezoeken in de instelling of een medepatiënt met wie de patiënt een partnerrelatie heeft.

De activiteiten in de behandel- en begeleidingsfase zijn er voornamelijk op gericht het netwerk van patiënten te vergroten of te versterken. Gunstige en ongunstige netwerkcontacten worden in kaart gebracht. Contacten kunnen planmatig worden begeleid in het belang van de behandeling en begeleiding van de patiënt. Contacten onderhouden met de andere leden van het sociale netwerk van patiënten kan een positieve invloed hebben op die patiënten en voor hen een lijn met de maatschappij buiten de instelling zijn.

### 9.4 Sociotherapeutisch milieu

De fysieke en de sociale omgeving van de patiënt spelen in de langdurige forensisch psychiatrische zorg een belangrijke rol. In milieutherapeutische studies (Janzing & Lanssen, 1996; Janzing & Kerstens, 1997, 2004) wordt herhaaldelijk gewezen op het belang van een consistente en eenduidige organisatie van het milieu, gericht op een bepaald doel voor een specifieke patiëntengroep. De afdeling is een omgeving waarin patiënten en personeel op een veilige en fatsoenlijke wijze met elkaar om kunnen gaan.

Het milieu op de afdeling zal vooral ondersteunend en individueel moeten zijn gericht, met mogelijkheden voor prikkelregulering: een ondersteunend milieu. Concreet betekent dit de gezonde functies in stand houden en versterken, alsook de autonomie van de patiënt vergroten. Daarnaast wordt afglijden voorkomen door een duidelijke structurering van tijd, ruimte en activiteit, preventie van zelfdestructief en agressief gedrag, prikkeldosering, eventueel instelling op medicatie, het ziektebesef en -inzicht vergroten en, waar nodig, de zorg overnemen.

Om de basale 'levensvaardigheden' (*life skills*) te behouden wordt de verantwoordelijkheid voor de eigen leefomgeving zoveel mogelijk bij de patiënt zelf neergelegd. Bij de samenstelling van een individueel dagprogramma is het belangrijk dat de patiënt noch overvraagd, noch 'ondervraagd' wordt. Er moet per individu een optimale balans tussen actieve tijdsbesteding en rust worden gevonden. De doelen uit het verpleeg- en behandelplan worden hier vertaald naar behandel- en begeleidingsdoelen op de afdeling. Op laagdrempelige wijze wordt getracht vaardigheden te verbeteren, waarbij de nadruk ligt op verfijning en uitbreiding van al aanwezige vaardigheden.

Het basismilieu in alle afdelingen van de langdurige forensisch psychiatrische zorg omvat de volgende elementen.

- Er wordt een vaste dag- en weekstructuur aangeboden.
- Patiënten worden, waar nodig, geactiveerd en ondersteund om zichzelf en hun omgeving te verzorgen.
- Patiënten worden gestimuleerd zinvolle activiteiten te ondernemen die aansluiten bij hun mogelijkheden.
- Vanuit de rehabilitatiegedachte worden patiënten gestimuleerd tot de hoogst haalbare vorm van autonomie.
- Patiënten worden gestimuleerd en ondersteund om drugsvrij te blijven en de woonomgeving drugsvrij te maken en te houden.
- Er wordt methodisch en doelgericht gewerkt aan problematische gedragspatronen die het dagelijks leven beïnvloeden.
- Patiënten worden gestimuleerd zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid te nemen.
- Er is sprake van een individuele behandeling en begeleiding, zodat er flexibel kan worden gewerkt.
- De behandeling en begeleiding gaan uit van een klimaat met een passende *expressed emotion* (EE), waarin de mogelijkheden om zo natuurlijk en direct mogelijk te reageren worden behouden.
- Extra aandacht gaat uit naar de farmacologische behandeling en medicatietrouw.

#### 9.4.1 Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL)

Het is van groot belang dat behandelaars en begeleiders regelmatig toezicht uitoefenen op de woonomgeving van de patiënt. Aandacht voor zelfzorg en zorg voor de leefomgeving zijn van groot belang. Verwaarlozing begint vaak in de directe leefomgeving en moet snel worden gesignaleerd. Als de individuele patiënt niet in staat blijkt zelfstandig zorg te dragen voor zijn persoonlijke hygiëne en die van zijn leefomgeving wordt, zoveel mogelijk in overleg, gezocht naar passende ondersteuning hierbij.

### 9.5 Dagbesteding

Langdurige forensisch psychiatrische patiënten zijn vaak al lange tijd uit het arbeidsproces. Bovendien is niet iedereen in staat om te werken. Voor een grote groep patiënten geldt echter dat zij graag een geregelde dagbesteding hebben en zich nuttig willen maken. Werk en een geregelde dagbesteding bevorderen contacten met anderen, geven structuur aan de dag en kunnen zo het psychisch welzijn van de patiënt positief beïnvloeden. Hiertoe moet er wel een goede balans worden verwezenlijkt tussen de verschillende bestanddelen van de dagbesteding. Ook vraagt de langdurige forensisch psychiatrische zorg om een zo goed mogelijke nabootsing van de maatschappij. Dit betekent dat ernaar wordt gestreefd binnen de afdeling elementen uit de maatschappij te creëren of te simuleren, uiteraard met inachtneming van de veiligheid.

Patiënten moeten actief worden gestimuleerd zelf mee te denken en te organiseren als het erom gaat de autonomie van hun denken en doen zoveel mogelijk intact te laten en daarmee ongewenste hospitalisatie-effecten te voorkomen of te beperken.

Voor de dagelijkse praktijk betekent dit dat er een gevarieerd aanbod van activiteiten voor dagbesteding en werk, alsook voor de vrije tijd in de avonden en weekeinden wordt aangeboden. Gezien de beperkte verlofmogelijkheden van de patiënten kan dit alleen op het terrein van de instelling plaatsvinden. Hieronder volgt een aantal voorbeelden. Nagegaan moet worden welke activiteiten er minimaal moeten worden aangeboden.

Iedere patiënt heeft een individueel dagprogramma, waarin rekening wordt gehouden met de wensen, vaardigheden en kwetsbaarheden van de patiënt. Deelname aan een dagprogramma geldt als vanzelfsprekend.

### **9.5.1 Arbeid**

De activiteiten vinden plaats in een speciaal daarvoor ingerichte werkruimte. Te denken valt hierbij aan de volgende activiteiten.

- Dagactiviteiten Centrum (DAC): laagdrempelige, goed gestructureerde activeringsprogramma's.
- Montagewerkzaamheden: laagdrempelig met anderen werken in een productiesfeer.
- Houtwerkplaats: technieken voor houtbewerking aanleren en aan diverse projecten meewerken.
- Tuinwerkplaats: diverse tuinwerkzaamheden.
- Facilitair bedrijf: de mogelijkheid tot werken in de schoonmaak, de wasserij, de fietsenmakerij, het magazijn, de winkel, het logistieke werk enzovoort.
- Glas-in-lood-werkplaats: technieken voor werken met glas in lood aanleren en aan diverse projecten meewerken.
- Atelier: werken met verschillende technieken zoals tekenen, schilderen, boetseren en dergelijke.

### **9.5.2 Educatie**

Onderwijs kan plaatsvinden in daarvoor speciaal ingerichte werkruimten. Buiten kantooruren kan de patiënt op de eigen kamer studeren. Hierbij valt te denken aan diverse studies zoals Nederlandse taal, lees- en schrijfvaardigheden en dergelijke.

### **9.5.3 Vrije tijd**

Deze activiteiten vinden voornamelijk buiten kantooruren plaats, maar kunnen wel worden opgenomen in het dagprogramma. Soms ook kunnen deze tijdens kantooruren plaatsvinden.

## 9.6 Behandeling van comorbide stoornissen

Bij langdurige forensisch psychiatrische patiënten komt een grote diversiteit van stoornissen voor. Naar schatting is er bij minimaal 75% van deze populatie sprake van comorbiditeit. Door deze comorbiditeit zijn patiënten moeilijker of helemaal niet te behandelen.

### 9.6.1 Psychotische stoornis en persoonlijkheidsstoornis

De aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis in combinatie met een psychose doet de kans op een ernstig delict aanzienlijk toenemen. De behandeling en begeleiding richten zich altijd eerst op de psychotische problematiek. Pas als de psychotische symptomen afdoende zijn weggenomen zullen de behandeling en begeleiding zich meer richten op de persoonlijkheidsproblematiek. Speerpunten in de behandeling en begeleiding van psychotische stoornissen gecombineerd met persoonlijkheidsstoornissen zijn een stabiel, voorspelbaar leefmilieu bieden, innemen van de medicatie bewaken en een dagbesteding naar draagkracht bieden. Daarnaast is het van belang patiënten blijvend aan te spreken op ongewenst gedrag en te proberen hun gewenst gedrag aan te leren.

### 9.6.2 Verslaving

Een voorgeschiedenis van middelenmisbruik blijkt bij een groot deel van de langdurige forensisch psychiatrische patiënten een rol te spelen of te hebben gespeeld. De meest voorkomende middelen zijn, evenals in de maatschappij, alcohol en alle THC-derivaten (cannabis). Daarnaast komt gebruik van alle andere drugs voor. Behandeling en begeleiding van misbruik en afhankelijkheid zijn belangrijk, omdat uit onderzoek is gebleken dat alcohol en andere drugs zowel voor een psychose als voor geweld drempelverlagend kunnen werken.

Het gebruik van middelen is verboden in de instelling. Een gedoogbeleid is niet aan de orde en patiënten kunnen hierop worden gecontroleerd. Positief worden bevonden bij een controle heeft consequenties voor de betrokken patiënten. Hierover zijn zij tevoren geïnformeerd. Speerpunten in de behandeling en begeleiding van middelengebruik zijn patiënten informeren over de effecten van het gebruik en hun leren middelengebruik te voorkomen.

### 9.6.3 Verstandelijk beperkte patiënten

Beperkingen in de cognitieve vermogens spelen bij een klein, maar substantieel deel van de langdurige forensisch psychiatrische patiënten een rol. In de behandeling en begeleiding dient voortdurend rekening te worden gehouden met dergelijke cognitieve beperkingen. Reguliere begeleidingsgesprekken zorgen vaak voor een toenemende

mate van onbegrip. Korte en duidelijke instructies kunnen dit voorkomen. Daarnaast is het vaak verstandig informatie op papier te voorzien van plaatjes of pictogrammen. Speerpunt in de behandeling en begeleiding van patiënten met beperkte cognitieve vermogens is dus een gestructureerd en overzichtelijk milieu bieden, zonder lange gesprekken, waar instructies voornamelijk kort en helder zijn en met visuele middelen worden ondersteund.

#### **9.6.4 Comorbiditeit met stoornissen op as 1 en 2**

Behalve dat er naast elkaar sprake kan zijn van psychotische problematiek, persoonlijkheidsproblematiek, verslavingsproblematiek en een cognitieve beperking komen er nog tal van andere comorbide stoornissen voor in deze patiëntengroep. Hierbij valt vooral te denken aan posttraumatische stressstoornissen en allerlei vormen van autisme en parafilie. De behandeling en begeleiding van deze multipiele problematiek vereisen een specifieke bejegening per individu, afgestemd op de specifieke problematiek.

#### **9.6.5 Somatiek**

In toenemende mate krijgen langdurige forensisch psychiatrische patiënten te maken met somatische problemen, soms ook ten gevolg van langdurig medicatiegebruik. Regelmatige controles door de huisarts, verpleegkundige dienst, psychiater, diëtiste, tandarts, bewegingsagoog, fysiotherapeut, pedicure enzovoort vormen dan ook een speerpunt in de behandeling en begeleiding van de somatische problemen. De sociotherapeut heeft hier een duidelijke rol. Waar nodig moet hij een soort 'ouderlijke' rol op zich nemen, Omdat de doelgroep veroudert, is er bovendien een toenemende behoefte aan verpleegtehuiszorg (zie ook 9.6.7).

#### **9.6.6 Gezond leven**

De instelling streeft ernaar dat de patiënten zo gezond mogelijk leven. Getracht wordt ook de patiënten zich deze attitude eigen te laten maken. Voorwaarden voor een gezond leven kunnen zijn:

- een schone woonomgeving
- een goede dagbesteding
- een goed dag- en nachtritme
- normen en waarden die leiden tot een vriendelijk milieu
- een gezond voedingspatroon

Hierbij is het van belang dat er sprake is van een omgeving waar patiënten zelf invloed op kunnen uitoefenen.

### 9.6.7 Geriatrie

Patiënten in de langdurige forensische zorg worden veelal oud in de instelling. Voor zover dit gebeurt, kunnen zij te kampen krijgen met ouderdomskwalen. Hierdoor ontstaat er geleidelijk aan een toenemende vraag naar verpleegzorg. Controle door de huisarts, verpleegkundige dienst, en psychiater, alsook observaties van het behandelteam zijn dan ook van belang om geriatrische zorg te kunnen indiceren. Geriatrische zorg wordt zoveel mogelijk verleend op de verblijfsafdeling van de patiënt. Wanneer dit niet mogelijk is, bijvoorbeeld omdat de vraag het aanbod overstijgt of omdat de huidige gebouwen en organisatievormen daar niet op zijn ingericht, wordt de samenwerking met ketenpartners in de verpleegzorg van cruciaal belang. Deze zorg moet dan worden ingekocht bij gespecialiseerde voorzieningen. Als de inkoop van geriatrische zorg niet afdoende is, wordt getracht de patiënt uit te plaatsen naar een geschikte zorgvoorziening, een specialistische verpleegzorginstelling. In het geval van een dergelijke grote zorgbehoefte is het delictgevaar trouwens waarschijnlijk afgenomen of kan dit beter worden gemanaged, wat uitplaatsing eerder mogelijk maakt. Een aantal casussen laat zien dat een dergelijke goede samenwerking tussen langdurige forensisch psychiatrische zorg en verpleegzorginstellingen zeer wel mogelijk is. Een voorbeeld hiervan is de samenwerking tussen de Pompestichting en Iriszorg.

Toch zullen er ook meer faciliteiten moeten worden geboden binnen de huidige instellingen, bijvoorbeeld door gebouwen en de organisatie aan te passen. Hiertoe moeten de omvang van de noodzakelijke capaciteit en de verschillende alternatieven op dit punt worden onderzocht.

#### **Aanbeveling**

Er moet onderzoek worden verricht naar de noodzaak van geriatrische zorgafdelingen voor oudere patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

## 9.7 Relaties, intimiteit en seksualiteit

In de langdurige forensische psychiatrie is het domein van de relaties vaak onderbelicht. Juist deze patiënten hebben echter vaak een grote behoefte aan een relatie, intimiteit en seksualiteit. Onvervulde behoeften kunnen een factor vormen bij delicten. Het is daarom van belang hieraan aandacht te besteden en te zoeken naar oplossingen. Het actief bespreken van deze onderwerpen met de individuele patiënt is van groot belang.

Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg verblijven enkele patiënten die zijn getrouwd. Sommigen hadden een partner voordat de maatregel van kracht werd. Sommigen zijn gedurende de looptijd van de maatregel in het huwelijk getreden met een persoon van buiten de kliniek. Enkele patiënten zijn een huwelijk aangegaan met

een patiënt uit een tbs-instelling. In een dergelijke situatie botst de zorgplicht van de instelling soms met de individuele wensen van patiënten.

**Aanbeveling**

Voor huwelijken zou een richtlijn moeten worden ontwikkeld. Hierbij kan worden gedacht aan de volgende punten.

Nagegaan moet worden of het voornemen wederzijds is en of de verwachtingen realistisch zijn.

Er moet multidisciplinair worden vastgesteld of het voornemen voortvloeit uit de pathologie waarvoor de patiënt wordt behandeld. Bij twijfel hierover moet een onafhankelijke derde een en ander onderzoeken, waarbij er in consensus een onderzoeker wordt gekozen.

De afspraken en overeenkomsten over de praktische zaken worden schriftelijk vastgelegd en aan het behandeldossier toegevoegd, omdat het een belangrijke stap is in het leven van een patiënt voor wie er een zorgplicht bestaat.

De kosten van het voorgenomen huwelijk zijn voor de patiënt en er moet uiteraard rekening worden gehouden met de praktische uitvoerbaarheid. Zo mogen de veiligheid van de individuele patiënt(en), medepatiënten en medewerkers of anderen hierbij niet in gevaar komen. Ten slotte geldt dat de medewerking van de inrichting facultatief is en niet iets waar de patiënt recht op heeft.

Seksualiteit is een controversieel onderwerp, zowel voor hulpverleners en patiënten, als voor de buitenwereld. Daarom wordt er in deze versie van dit zorgprogramma slechts in beperkte mate op ingegaan.

**Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling de plaats van de seksualiteit in de langdurige forensisch psychiatrische zorg te onderzoeken, omdat hierover nog weinig bekend is en het een politiek gevoelig thema betreft.

## 9.8 Acceptatie

Opname in de langdurige forensisch psychiatrische zorg is voor de desbetreffende patiënten een ingrijpende gebeurtenis. Hun toekomstplannen kunnen zich niet meer richten op een vrij leven buiten de maatschappij, maar zullen zich moeten richten op een langdurig verblijf binnen een instelling en het omgaan met de bijbehorende problematiek en beperkingen. Dit gaat vaak gepaard met depressieve gedachten en een rouwproces. Behandelaars en begeleiders dienen oog te hebben voor deze processen. Ge-

sprekken met begeleiders, behandelcoördinator, de psychiater, psychotherapeut, kerkvrijwilligers, familie of verwanten kunnen behulpzaam zijn in dit proces.

Niet alle patiënten die in de langdurige forensisch psychiatrische zorg verblijven, blijven zich tegen het gedwongen verblijf verzetten. In de jaren sinds 2003 hebben de medewerkers op de afdelingen vastgesteld dat ongeveer een derde van de bewoners zich actief blijft verzetten. Zij leggen zich niet neer bij hun verblijf en richten hun blik op een verblijf buiten de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Ook ongeveer een derde van de patiënten legt zich weliswaar niet definitief neer bij het verblijf in de langdurige forensisch psychiatrische zorg, maar aanvaardt het verblijf als een tijdelijke toestand. Zij blijven hopen, en verwachten na een aantal jaren nieuwe mogelijkheden te zullen krijgen, ofwel in de vorm van een nieuwe kans op resocialisatie, ofwel in de vorm van een verblijf in een minder beveiligde en minder intensieve vorm van zorg. Het resterende deel van de patiënten, dus ook ongeveer een derde, legt zich neer bij een min of meer permanent verblijf in de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit kan voortkomen uit het besef dat zij voortdurend delictgevaarlijk blijven en zij geen risico meer willen opleveren. Ook kan dit een kwestie zijn van het besef dat zij blijvend zorg nodig hebben en dat de geboden structuur hen psychiatrisch en psychologisch stabiel houdt.

#### **Aanbeveling**

Omdat de perspectieven van verschillende groepen patiënten qua acceptatie uiteenlopen, is het van belang te onderzoeken tot welke groep een patiënt behoort en na verloop van tijd na te gaan welke ontwikkelingen daarin hebben plaatsgevonden.

## 9.9 Geestelijke verzorging

De patiënt kan, desgewenst, een beroep doen op geestelijke verzorging. De interventies van de geestelijke verzorger zijn gericht op de grote levensvragen en het verblijf in de instelling. Een geestelijke verzorger verleent, op verzoek van de patiënt, hulp en steun bij levensvragen met pastorale gesprekken, gespreksgroepen over levensbeschouwelijke onderwerpen, vieringen en rituelen. Incidenteel wordt er ook contact onderhouden met familieleden of de pastor uit de thuissituatie. De geestelijke verzorger maakt geen deel uit van het behandel- en begeleidingsteam. In het geval van een ernstige ziekte en overlijden van de patiënt is er desgewenst ook een belangrijke rol voor de geestelijke verzorger op het gebied van rouw en afscheid, zowel voor de patiënt en zijn nabestaanden, maar ook voor de andere patiënten en de medewerkers.

## 9.10 Signaleringsplan

Een signaleringsplan<sup>5</sup> is een gestructureerde aanpak om alarmsignalen of vroege voortekenen voor psychische ontregeling en een toenemend delict risico te inventariseren. Een signaleringsplan is per definitie preventief van aard en is idealiter een multidisciplinair product. Veel van de uitvoering ervan vindt plaats in het leefmilieu van de patiënt, zodat de sociotherapeuten er een belangrijke rol in spelen.

Er wordt naar gestreefd dat de patiënt en de begeleidende staf samenwerken bij het opstellen van het plan. Hiertoe wordt ook aandacht besteed aan de voorgeschiedenis en de situatie direct voorafgaand aan het oorspronkelijke delict. Geprobeerd wordt de patiënt zoveel mogelijk zelf eigenaar te maken van het plan. Daartoe is het van belang dat het plan zo wordt samengevat dat het optimaal bruikbaar is. Als het signaleringsplan af is, gaat de patiënt idealiter zelf zijn eigen vroege voortekenen in de gaten houden. De voortekenen worden, zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt, ingedeeld in verschillende niveaus van ernst, elk met hun eigen specifieke interventies.

Het is niet altijd mogelijk samen met de patiënt tot een signaleringsplan te komen. Het multidisciplinaire behandelteam stelt dan eenzijdig een plan op. De patiënt is het in deze gevallen vaak niet eens met de vroege voortekenen en kan of wil deze dan ook niet in de gaten houden.

## 9.11 Verlof

Verloven zijn in het behandelproces van de langdurige forensische zorg geen doel op zichzelf. Verlof wordt altijd uit humanitaire overwegingen aangevraagd om de individuele patiënt op een verantwoorde manier beperkt te laten deelnemen aan de maatschappij en hem bijvoorbeeld in staat te stellen zijn netwerk in stand te houden. Verlof dient ertoe de situatie binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg voor de patiënt te verlichten, zonder dat er behandeldoelen of resocialisatie mee zijn gemoeid. Het verlof heeft een vooraf bepaalde tijdsduur en kan bijvoorbeeld dienen om boodschappen te doen, een sociale gelegenheid te bezoeken of leden van het sociale netwerk van de patiënt te bezoeken.

De ervaring leert dat patiënten hun verblijf in de instelling beter aankunnen als ze deelnemen aan gebeurtenissen als een zomervakantie of een kerstviering met de familie. Het zijn gebeurtenissen om naartoe te leven en op terug te zien. Zo genoot een

---

<sup>5</sup> Het signaleringsplan beschrijft de valkuilen en de risico's voor de patiënt, die mogelijk weer tot delictgedrag kunnen leiden. Het signaleringsplan is een hulpmiddel om risicovol gedrag onder controle te krijgen door vroegtijdige herkenning van waarschuwingssignalen en zo te voorkomen dat er gevaarlijke, risicovolle situaties ontstaan.

patiënt vier keer per jaar een 'seizoensverlof', begeleid door twee begeleiders en twee mensen van de beveiliging.

Deze verloven zijn voor patiënten van groot belang. Een verlof geeft hen – in beperkte mate – de mogelijkheid zich nog een onderdeel van de maatschappij te voelen. Verlof vergroot hun autonomie en doet een beroep op hun vaardigheden.

Ten tijde van het schrijven van het onderhavige zorgprogramma zijn verloven vanuit de langdurige forensisch psychiatrische zorg in een FPC alleen mogelijk onder begeleiding van minimaal één begeleider van de instelling.

Binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ bestaat er een vrijhedenbeleid en zijn er de verlofmogelijkheden zoals de Bopz die vormgeeft. Zoals in 7.5.1 is beschreven worden vrijheden of verlof verleend op grond van het psychiatrische toestandsbeeld, dossieronderzoek, de ervaring op de woongroep (volgens de methodiek van het *relationship management*) en een signaleringsplan. Uitgaande van het doel van langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ, namelijk een brug slaan naar reguliere GGZ-voorzieningen in de regio van herkomst van de cliënt, is het vrijhedenbeleid hier een noodzakelijk onderdeel van het verblijf.

#### **Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling te komen tot een differentiatie van de verlofmogelijkheden die aansluit op de differentiatie van de beveiligings- en zorgniveaus.

## 9.12 Financiën

Het kan van groot belang zijn zicht te hebben op de financiën van langdurige forensisch psychiatrische patiënten. Niet zelden zijn er nog schulden die moeten worden afbetaald of kunnen patiënten slecht met geld omgaan. Budgettering is dan gewenst. Het uitgangspunt is dat schulden en in het bijzonder schulden aan slachtoffers moeten worden afbetaald.

Patiënten ontvangen wekelijks zakgeld en kunnen dit aanvullen met verdiensten uit de werkzaamheden die zij verrichten. In incidentele gevallen ontvangen zij een uitkering, bijvoorbeeld een Wajonguitkering. De procedures hieromtrent en de hierbij geldende wetgeving zijn voor veel patiënten te ingewikkeld, zodat begeleiding noodzakelijk is.

## 9.13 Interventies op indicatie

Behandeling en begeleiding gericht op rehabilitatie kunnen interventies vereisen die niet tot het standaardaanbod van een instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg behoren. Het is dan ook mogelijk op indicatie gebruik te maken van allerlei therapieën en trainingen. De indicatie wordt afgegeven door het multidisciplinaire

team, eventueel na overleg met deskundigen of derden. Indicatiegebieden zijn bijvoorbeeld:

- stemmingsstoornissen
- angststoornissen
- lacunes in het gedrags- en *coping*-repertoire
- noodzaak tot psycho-educatie
- systemische problemen
- cognitieve stoornissen

#### **Casus**

Een patiënt raakt er gedurende zijn verblijf steeds meer van overtuigd dat hij eigenlijk een vrouw is. Deze ideeën waren al langer bekend, maar leken zich vooral in een waanachtige sfeer af te spelen. Nu echter blijkt dat de patiënt in een stabiele psychische conditie verkeert en er weinig externe stressbronnen zijn, blijken de gedachten eerder een kwestie van bepaalde cognitieve schema's. In het multidisciplinaire overleg wordt besloten een indicatie af te geven voor een beperkt aantal gesprekken met een psychotherapeut. De therapie wordt redelijk succesvol afgesloten.

#### **Casus**

Een patiënt vertoont angstproblemen naar aanleiding van een open hartoperatie die hij moest ondergaan. Sindsdien zijn er in- en doorslaapproblemen en voelt hij zich angstig en uiterst onzeker. Medicamenteuze behandeling helpt onvoldoende. Omdat ook zijn partner met dezelfde klachten kampt, wordt in het multidisciplinaire overleg besloten tot een systemische aanpak. Een systeemtherapeut behandelt de partner en de patiënt, waarbij hun angsten worden benoemd.

De resultaten van de bespreking van de indicaties door het multidisciplinaire team houden in dat er verschillende soorten interventies kunnen volgen. Deze interventies vinden steeds plaats op individuele indicatie. Wanneer de instelling zelf een bepaalde interventie niet in huis heeft, kan de instelling deze bij ketenpartners inkopen. Gedacht kan worden aan de volgende interventies.

- Psychotherapie. Deze kan zich richten op een thema dat samenhangt met het delictgevaar, dan wel op een thema dat het dagelijkse functioneren van de patiënt dusdanig beïnvloedt dat psychotherapeutische ondersteuning noodzakelijk is.
- Traumabehandeling. Dit betreft een specifieke psychotherapeutische interventie bij een specifieke angststoornis die de kwaliteit van leven van de patiënt verstoort en niet eerder is toegepast.
- Vaktherapieën zoals creatieve therapie. Deze kunnen bijvoorbeeld soms worden ingezet om de acceptatie van het langdurende verblijf te vergroten.
- Vaardigheidstraining. Over het algemeen vertonen patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg een gebrek aan bepaalde sociale vaardigheden. Als een

gebrekkige sociale vaardigheid het dagelijkse leven van de patiënt ernstig negatief beïnvloedt, wordt getracht hem hier alsnog in te trainen, bijvoorbeeld met een assertiviteitstraining.

- Psycho-educatie. Deze kan worden ingezet als de patiënt meer zicht wil krijgen op de manier van omgaan met bijvoorbeeld ouderdom en beperkingen die voortvloeien uit zijn somatische en psychiatrische aandoeningen.

# 10 Uitstroom

## 10.1 Uitgangspunten voor uitstroom uit de langdurige forensisch psychiatrische zorg

Aangezien langdurige forensisch psychiatrische zorg in de huidige vorm nog niet zo lang bestaat, is er nog weinig ervaring opgedaan met de uitstroom van patiënten vanuit deze vorm van zorg. De uitstroom van patiënten die verblijven in een kliniek voor langdurige forensisch psychiatrische zorg kent slechts een beperkt aantal varianten.

### 10.1.1 Uitstroomschema 1

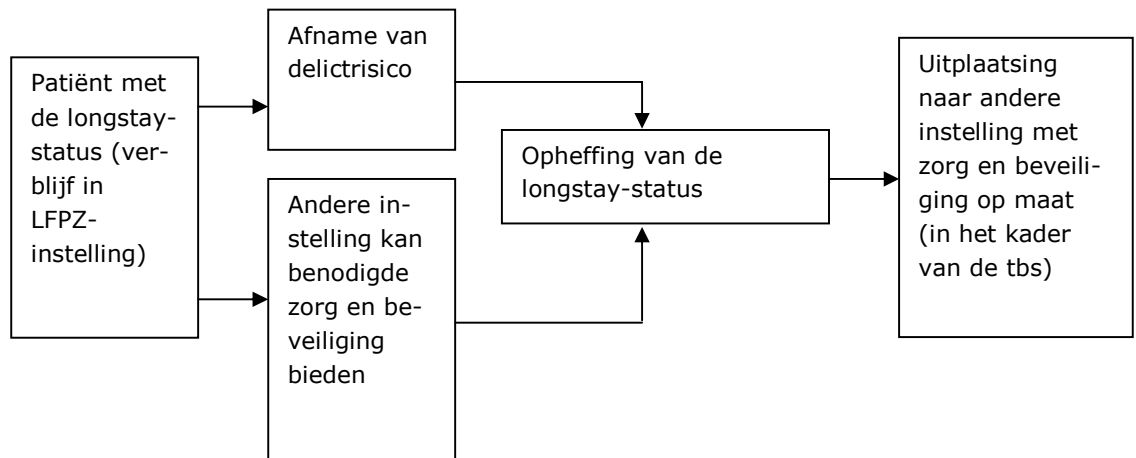
Het eerste stroomschema (zie figuur 4) is van toepassing bij een afname van het delictrisico, dan wel bij de mogelijkheid de maatschappij toch afdoende te beschermen door opname in een andere instelling. Het delictrisico is dan zodanig afgenomen dat de desbetreffende patiënt buiten de hoog beveiligde afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg kan verblijven omdat een andere instelling de benodigde zorg en beveiliging kan waarborgen. Hierbij moet wel de longstay-status worden opgeheven alvorens de daadwerkelijke uitstroom kan plaatsvinden. Zie 10.3.4 voor de knelpunten in dit proces.

Het uitgangspunt van dit uitstroomschema is dat er bij deze patiënten sprake is van blijvende psychische kwetsbaarheid. Het doel is de patiënten te rehabiliteren naar een zo optimaal mogelijke situatie. Hierbij wordt gezocht naar een evenwicht tussen:

- de beperkingen door de stoornis, die onvoldoende kon worden behandeld in de behandelfase van de forensische zorg;
- een verantwoorde beheersing van de factoren die uit de delictdiagnostiek naar voren zijn gekomen;
- de individuele zorgbehoeften van de patiënt;
- het noodzakelijke toezicht in de maatschappelijke context.

In deze visie op rehabilitatie bestaan de delictfactoren enerzijds uit de beperkingen die voortvloeien uit de stoornis en anderzijds uit de factoren die een andere instelling kan opvangen.

**Figuur 4      Uitstroomschema 1**



**Casus uitstroomschema 1**

Patiënt X is een aantal jaren behandeld in een tbs-instelling om zijn recidiverisico te verkleinen. Gedurende deze jaren heeft hij ondanks de aansporingen van zijn behandelaars altijd geweigerd antipsychotica te gebruiken. Gebruik van antipsychotica was noodzakelijk om zijn toestandsbeeld te stabiliseren en het recidiverisico af te laten nemen. Er was echter geen indicatie voor depotmedicatie onder dwang. Daarnaast beschikte X over een huurhuis, waar het indexdelict had plaatsgevonden. Hij wilde gedurende de behandelperiode nooit afstand doen van dit huis. Door de medicatie te weigeren en per se terug te willen keren naar zijn huis was resocialisatie niet aan de orde. Zo werd er na geruime tijd een longstay-status geïndiceerd en verkregen.

Toen X was opgenomen in de langdurige forensisch psychiatrische zorg bleek hij na intensief overleg met de psychiater alsnog bereid antipsychotica te nemen. Toen X goed was ingesteld op de antipsychotica hebben gesprekken met de maatschappelijk werker ertoe geleid dat hij bereid was zijn huurhuis toch op te geven.

Het gedrag van X en het daarmee gepaard gaande recidiverisico veranderden hierdoor zo dat een opname binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg niet langer noodzakelijk was. Er werd een onderzoek aangevraagd bij het NIFP om dit te toetsen. Dit onafhankelijke onderzoek wees uit dat de benodigde zorg en beveiliging ook in een andere instelling zouden kunnen worden geboden.

Na contacten met een andere instelling en opheffing van zijn longstay-status is X in het kader van de tbs-maatregel geplaatst in de FPK van een reguliere GGZ-instelling. Hier geeft men nu zijn verdere resocialisatie vorm.

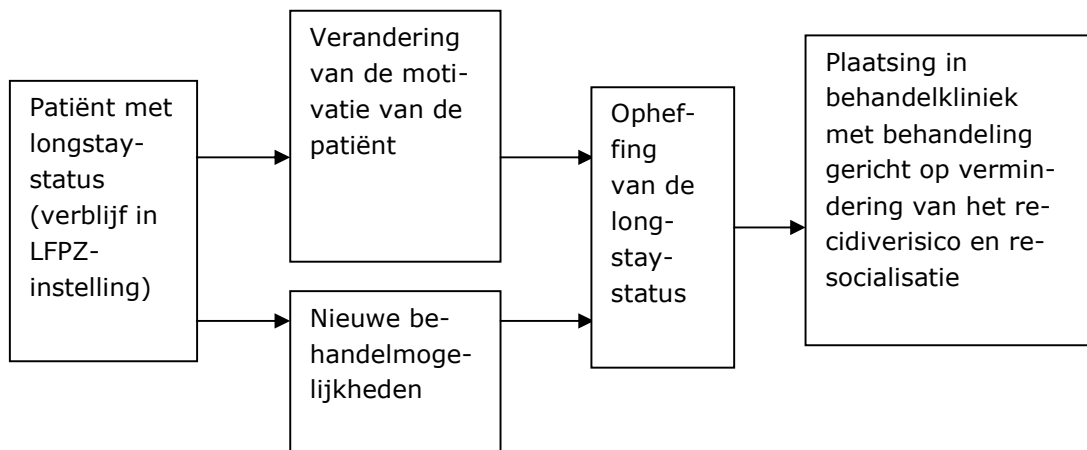
### 10.1.2 Uitstroomschema 2

Het tweede uitstroomschema (zie figuur 5) is gebaseerd op een hernieuwd behandel-perspectief. Dit kan voortkomen uit een verandering van de motivatie van de patiënt. Het kan ook een kwestie zijn van de introductie van een nieuwe behandelmethodede die het delict risico van een bepaalde patiënt kan helpen reduceren.

Een verandering in de motivatie van de patiënt is vaak aanleiding om te onderzoeken of een hernieuwde behandel poging haalbaar is. De behandelaar kan hierbij ook ge-bruikmaken van de expertise van onafhankelijke deskundigen. Een dergelijke onaf-hankelijke toetsing kan zowel plaatsvinden in de instelling voor langdurige forensische psychiatrie zelf als tijdens een observatieperiode in een andere instelling.

Wanneer de onafhankelijke onderzoekers positief adviseren, kan de behandelaar bij het Ministerie van Justitie om opheffing van de longstay-status vragen. Wanneer dit is gebeurd wordt de patiënt op een wachtlijst gezet, waarna hij aselekt zal worden ge-plaatst in een tbs-kliniek voor behandeling gericht op resocialisatie en vermindering van het recidiverisico.

**Figuur 5**      **Uitstroomschema 2**



### **Casus uitstroomschema 2**

Patiënt Y bleek tijdens zijn verblijf in een instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg psychisch stabiel, terwijl er zich vrijwel geen incidenten voordeden. De betrokkene gaf in gesprekken met behandelaars meermalen aan dat hij weer wilde worden behandeld om zijn recidiverisico te verkleinen.

De behandelaars wilden, na dossieronderzoek, laten onderzoeken of er mogelijkheden waren de betrokkene daadwerkelijk succesvol te behandelen en te resocialiseren. Hiertoe is de expertise van onafhankelijke deskundigen ingeroepen.

Dit onafhankelijke onderzoek tijdens een observatieperiode in een andere instelling wees uit dat er inderdaad nog mogelijkheden waren voor de behandeling van het recidiverisico en dat een succesvolle resocialisatie mogelijk kon zijn. De behandelaars hebben daarop het Ministerie van Justitie verzocht de longstay-status op te heffen. Hierna is de patiënt op de landelijke wachtlijst voor aselecte opname in een behandelkliniek geplaatst. De plaatsing heeft de patiënt afgewacht binnen de instelling voor langdurige forensische psychiatrie.

### **10.1.3 Bijzondere uitstroom: overlijden en niet verlengen van de dwangverpleging**

Naast de twee bovengenoemde uitstroomschema's zijn er nog twee andere soorten bijzondere uitstroom.

De eerste betreft het overlijden van een patiënt. Wanneer dit gebeurt, vervalt de terbeschikkingstelling van rechtswege en krijgt de patiënt in overleg met de contactpersonen een waardig afscheid.

De tweede vorm van bijzondere uitstroom vindt plaats wanneer de rechter in de verlengingszitting de terbeschikkingstelling niet verlengt, wat al dan niet voorwaardelijk kan gebeuren. Als er sprake is van een onvoorwaardelijke beëindiging en de uitspraak onherroepelijk is geworden heeft de patiënt geen recht meer op verblijf binnen de instelling en moet hij zijn eigen leven buiten de kliniek vormgeven. Bij een voorwaardelijke beëindiging van de terbeschikkingstelling stelt de rechter voorwaarden waaraan de patiënt zich dient te houden. Als hij deze voorwaarden overtreedt, zijn hier consequenties aan verbonden. Overtredingen kunnen bijvoorbeeld leiden tot hernieuwde opname binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

#### **10.1.4 Uitstroom vanuit de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ**

Kenmerkend voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ is dat tijdens het gehele behandeltraject de verwijzer betrokken en medeverantwoordelijk blijft. Concreet houdt dit in dat vanaf de intake expliciete afspraken worden gemaakt over de uiteindelijke doelstellingen van het verblijf van een cliënt. Dit wordt formeel vastgelegd in een overname- of terugnamegarantieverklaring.

Bij de besluitvorming over de halfjaarlijkse behandelplannen binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ is een behandelverantwoordelijke van de verwijzende GGZ-instelling aanwezig. Het doel hiervan is het traject van cliënt te volgen en de terugplaatsing in de beoogde instelling te zijner tijd actueel te houden.

Wanneer het tijd is de cliënt over te dragen aan de ontvangende instelling komt er een aanbod voor een nazorgtraject vanuit de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de GGZ (uitwisseling van personeel, deskundigheidsbevordering en dergelijke).

### **10.2 Doel van de uitstroom**

Het doel van de uitstroom vanuit de langdurige forensisch psychiatrische zorg hangt af van het gevolgde stroomschema.

Als patiënten worden teruggeplaatst in de intramurale behandeling van een FPC is het doel door een hernieuwde behandel poging het recidiverisico zo af te laten nemen dat resocialisatie in de maatschappij, dan wel in een andere zorginstelling mogelijk wordt.

Soms is het recidiverisico van patiënten dusdanig afgenomen dat zij het hoge beveiligingsniveau van het FPC niet meer nodig hebben, en de verzorging kan worden waarborgd binnen een ander soort zorginstelling. Het doel is dan een patiënt door middel van een uitplaatsing zo goed mogelijk te kunnen laten deelnemen aan de maatschappij. De leidende beginselen hier zijn dat er, waar nodig, toezicht en controle worden geboden en, waar mogelijk, autonomie wordt gerespecteerd.

### **10.3 Organisatorische aspecten**

#### **10.3.1 Start van de uitstroom**

Wanneer het multidisciplinaire team mogelijkheden ziet voor een hernieuwde behandel poging, dan wel voor een plaatsing in een andere instelling die de benodigde indivi-

duele zorg en maatschappelijke veiligheid kan waarborgen is dat een indicatie om de uitstroomprocedure te starten.

Deze mogelijkheden worden jaarlijks getoetst in de multidisciplinaire behandelbespreking van de patiënt. Hierin komt aan de orde of het nog noodzakelijk is dat de patiënt binnen een instelling voor langdurige forensische psychiatrie verblijft. Deze vraag wordt beantwoord op grond van de ervaringen van de behandelaars in de omgang met de patiënt, de jaarlijkse risicotaxatie en uitgebreid dossieronderzoek. Daarnaast evalueren de psychiater en behandelcoördinator de diagnostiek regelmatig.

#### **Aanbevelingen**

Het verdient aanbeveling het multidisciplinaire team jaarlijks te laten beoordelen of een patiënt nog steeds op zijn plaats is binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg. De beoordeling moet dan schriftelijk worden vastgelegd. Hierover moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de verschillende ketenpartners. Dit komt ook de efficiëntie ten goede.

Voor een goede beoordeling van het al dan niet handhaven van de longstay-status moeten toetsbare criteria worden ontwikkeld en moeten er methodieken komen om zo objectief mogelijk te kunnen nagaan of deze status nog langer noodzakelijk is (zie ook hoofdstuk 7).

### **10.3.2 Verkennen van de mogelijkheden bij ketenpartners**

Als het multidisciplinaire team mogelijkheden ziet voor een eventuele uitstroom wordt verkend of er passende uitplaatsingsmogelijkheden zijn, dan wel kunnen worden gecreëerd. Deze mogelijkheden moeten aansluiten bij de individuele zorgbehoeften en het benodigde beveiligingsniveau.

Er is tot op heden geen overeenstemming over hoe deze individuele zorgbehoeften en het beveiligingsniveau het beste kunnen worden vastgesteld. Nu gebeurt dit op grond van een inschatting die is gebaseerd op diverse niet getoetste criteria.

In Nederland bestaan er diverse vormen van begeleid, beschermd en beschut wonen. Er is sprake van een continuüm dat loopt van geheel klinisch, gesloten en extreem gestructureerd, via ambulante woonbegeleiding met enkele uren per week begeleiding, tot onbegeleid wonen met poliklinische zorg. Voor de doelgroep van dit zorgprogramma zal deze laatste variant vrijwel altijd onhaalbaar zijn, ook al moet deze niet bij voorbaat worden uitgesloten. De mate van beveiligde zorg hangt per patiënt nauw samen met de mate van delictgevaar, de ernst van de stoornis en de daaruit voortvloeiende risico-inschatting.

‘Forensisch beschut wonen’ in de reguliere psychiatrie is voor een beperkte groep het maximaal haalbare. Patiënten wonen dan intramuraal, vaak in of rond een FPA of FPK. Het lokale circuit rond de FPA en de voorzieningen van de lokale GGZ moeten dan vol-

doende veiligheid kunnen bieden. Dit vereist wel mogelijkheden voor crisisinterventie, gespecialiseerde begeleiding en forensische *know how*.

'Forensisch beschermd wonen' betreft vaak een extramurale woonvoorziening die wordt begeleid door een team dat 8 tot 24 uur per dag aanwezig is. Deze woonbegeleiders geven hulp bij de 'algemene dagelijkse levensverrichtingen' (ADL), maar dragen ook zorg voor de bewaking van de medicatie en het groepsmilieu.

Van oudsher organiseren de RIBW's het forensisch beschermd wonen. In de afgelopen jaren zijn deze voorzieningen in sommige regio's echter opgegaan in de lokale GGZ-organisaties. In sommige regio's zijn het zelfstandige organisaties gebleven die zich richten op het bieden van woonzorg en begeleiding. Soms worden er woningen van woningbouwverenigingen gehuurd, al dan niet in samenspraak met lokale overheden. Sinds de invoering van de marktwerking in de zorg zijn er ook andere aanbieders van woonzorg op de markt gekomen of worden er vanuit de instellingen zelf woonvoorzieningen geregeld. Ook forensische instellingen hebben dergelijke initiatieven georganiseerd.

'Forensisch begeleid wonen' gebeurt vaak in extramurale voorzieningen. In de reguliere GGZ worden onder forensisch begeleid wonen soms ook vormen van semi- of transmuraal wonen verstaan, waarbij het gaat om afdelingen aan de rand van het psychiatrische ziekenhuis. Het kan dan zowel gaan om klinische afdelingen buiten het ziekenhuisterrein als om meer- of eenpersoonswoningen waar woonbegeleiders ambulante zorg verlenen. Om begripsverwarring te voorkomen verdient het aanbeveling de term 'forensisch begeleid wonen' te reserveren voor het zelfstandig wonen met een of andere vorm van woonbegeleiding.

#### **Aanbeveling**

Het is aan te bevelen de capaciteit en zorgintensiteit van de vraag naar verpleegzorg in de langdurige forensisch psychiatrische zorg te onderzoeken om tot een passend aanbod te kunnen komen.

### **10.3.3 Samenwerking met ketenpartners**

Een succesvolle uitstroom vraagt om samenwerking van de diverse ketenpartners. Het 'Beleidskader longstay forensische zorg' stelt dat er bij de overdracht sprake moet zijn van persoonlijk contact tussen de behandelaars van de beide instellingen en gebruikt in dit verband de term 'warme overdracht' (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98).

In het geval van uitstroom naar een andere zorginstelling moeten er goede afspraken over na- en 'voorzorg' worden gemaakt. Overleg, afstemming, crisisafspraken en gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn hierbij van belang.

Bij de patiënten in een instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg kunnen we vaak uitgaan van een blijvende inbedding in de psychiatrische zorg. Het gaat hierbij voornamelijk om samenwerking van de FPC's met FPA's, RIBW's, reclassering, forensische poliklinieken en GGZ-instellingen.

De kwaliteit van de samenwerking is van grote invloed op het succes van individuele trajecten. Vervolginstellingen voelen zich – en zijn soms ook – onvoldoende geutiliseerd om forensisch psychiatrische patiënten op te nemen. Voor het FPC is het een taak de minder op de forensische aspecten van een patiënt gerichte vervolginstellingen te informeren, hen eventueel op te leiden en hen te ondersteunen in het gebruik van risicomanagementplannen. Door informatie met deze instellingen uit te wisselen kan de zorg op het punt van intensiteit en extern aangebrachte structuur worden afgestemd op de individuele zorgbehoefte.

Als een patiënt in de langdurige forensisch psychiatrische tbs-zorg voor een hernieuwde behandel poging gericht op het verminderen van het recidiverisico terugkeert naar een forensisch psychiatrische kliniek heeft het Ministerie van Justitie de regie. Deze kliniek moet de desbetreffende patiënt opnemen, tenzij daarvoor een contra-indicatie is. De kliniek die de langdurige forensisch psychiatrische zorg verschafte, voorziet de ontvangende kliniek van alle benodigde informatie. Het Ministerie van Justitie fungeert zo ook als ketenpartner. Er is ook structureel overleg tussen de plaatsingscoördinator van het Ministerie van Justitie en de verantwoordelijken van de instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg over de verwachte uitstroom.

De verschillende klinieken voor intensieve behandeling (KIB's) kunnen met hun netwerk van GGZ-instellingen en inhoudelijke expertise, bij het omgaan met ontworpen behandelrelaties en ontworpen cliënten een bemiddelende en toetsende rol spelen in de overgangsfase.

### **10.3.4 Knelpunten bij de uitstroom en wettelijke beperkingen**

Er doen zich bij de uitstroom uit de langdurige forensisch psychiatrische zorg verschillende knelpunten voor.

- Er is tot op heden geen duidelijke richtlijn voor de uitstroom van patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische tbs-zorg.
- Een structurele onafhankelijke toetsing van de noodzaak van het verblijf op de afdeling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg van het FPC ontbreekt nog. De termijn van zes jaar wordt nu vaak aangegrepen om hierover een uitspraak te doen, maar een structurele toetsing aan vaste criteria ontbreekt nog.
- Over het algemeen is deze groep patiënten moeilijk te plaatsen in een vervolginstelling, terwijl dit in individuele gevallen wel is geïndiceerd. De overgang tussen de instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg en de vervolginstelling is daarvoor veelal te groot.
- Binnen de instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg is het onvoldoende mogelijk te differentiëren in beveiligingsniveau.

- Een lastige groep patiënten binnen de longstay wordt gevormd door die patiënten die op zichzelf wel zouden kunnen worden uitgeplaatst, ware het niet dat hun delicten of ernstige incidenten tijdens hun verblijf in de tbs, het Huis van Bewaring of in een GGZ-instelling hebben plaatsgevonden. De ervaring leert dat deze groep patiënten, ook al is het directe delictgevaar binnen de kliniek fors verminderd, veelal niet welkom zijn in vervolgvoorzieningen in de GGZ. Dit geldt zeker ook voor patiënten die in hun hulpverleningsgeschiedenis een naam hebben opgebouwd als de 'bonte hond' wegens de vele agressieve of dreigende incidenten. Zij verblijven dan in de longstay omdat ze niet kunnen worden teruggeplaatst en dat is een andere grond dan strikt het delictgevaar.

**Aanbeveling**

Er moet binnen de forensische wereld een eenduidige definitie van het begrip 'risico' komen. Pas als hierover consensus is bereikt kan er zinvol verder worden gesproken over wat risico- en beveiligingsprofielen inhouden.

**Aanbeveling**

De regie van het Ministerie van Justitie zou moeten worden onderbouwd met gedragen en uitvoerbare afspraken in het veld.

**Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling woonunits te ontwikkelen waar patiënten maximale autonomie krijgen en zelfstandig functioneren binnen een voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit zou een grotere differentiatie in zorg- en beveiligingsniveaus mogelijk maken. Zo zou ook veilig kunnen worden getoetst of iemand een hogere mate van zelfstandigheid aankan. Ook zou dan tegelijkertijd kunnen worden getoetst of een patiënt met de minder hoge beveiliging en het minder strikte toezicht kan omgaan. Een patiënt die langdurig laat zien zowel de autonomie aan te kunnen als verantwoord met de lagere beveiliging om te gaan kan meer zelfstandig blijven wonen op het terrein, dan wel de overgang maken naar bijvoorbeeld een (forensische) RIBW.

**Aanbeveling**

Het verdient aanbeveling de mate van beveiliging aan te laten sluiten bij de individuele beveiligingsbehoeften. Dit kan bijvoorbeeld door te differentiëren in verlofmogelijkheden. Onbegeleid verlof is nu nog onmogelijk voor patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg voor tbs-gestelden, maar kan mogelijk in de toekomst zorgen voor meer differentiatie in individuele beveiligingsniveaus. Daarnaast zou dit ertoe kunnen leiden dat de overgang tussen de instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg en een minder beveiligde vervolginstelling minder groot wordt.

### 10.3.5 Mogelijke criteria bij de uitstroom

Aangezien uitstroom uit de langdurige forensisch psychiatrische zorg nog weinig is voorgekomen en het telkens gaat om individuele gevallen die onderling veel verschillen, is er geen eenduidig beeld van de eisen waaraan een patiënt op dit punt moet voldoen. Daarom volgt hieronder een opsomming van relevante factoren voor de uitstroom. Uiteindelijk moet het geheel van behandeling, begeleiding, structuur en opvang als een soort 'individuele prothese' fungeren. Deze prothese moet het zowel voor de patiënt in kwestie als voor de maatschappij acceptabel maken de overstap naar een andere vorm van zorg te maken.

Het gaat hier allereerst om mogelijke vormen van behandeling en begeleiding. Vervolgens gaat het om de volgende manieren om met risico's om te gaan.

- Risicofactoren beschrijven op grond van het dossier en de actuele klinische praktijk.
- Risicotaxatie op grond van objectieve criteria en klinische inschatting.
- Risicomanagement om de risicofactoren op een acceptabel niveau te houden binnen de gegeven of een toekomstige gewenste situatie.
- Beveiliging op maat als de resultante van de gebruikte risicomanagementmethoden op grond van de in de risicotaxatie ingeschatte risicofactoren.

Daarna moet rekening worden gehouden met maatschappelijke onrust en met slachtoffers en hun omgeving. Dit omvat de volgende punten.

- Informatie aan slachtoffers en nabestaanden.
- Vestigingsbeperkingen of aanbevelingen op dit vlak.
- Begeleiding door reclassering en verslavingszorg. In de meeste gevallen zou begeleiding door de reclassering zeer aan te bevelen zijn. Ook de mogelijkheid van forensisch psychiatrisch toezicht zou een optie zijn als dit formeel een mogelijkheid zou worden, vooral ook bij seksuele delinquenten. Toezicht door Verslavingszorg is uiteraard aangewezen bij personen met een verslavingsverleden, hetzij bij middelenmisbruik, hetzij bij gokproblematiek.
- Overleg met het Veiligheidshuis, de advocaat en de directe omgeving. Bij het verlaten van de instelling moeten externe instanties worden geïnformeerd met medeweten, zij het niet *per se* met toestemming van de patiënt. De Reclassering moet het Veiligheidshuis informeren. Zo worden de politie en de burgermeester direct geïnformeerd over de vestiging van een voormalige patiënt uit de langdurige forensisch psychiatrische zorg in de desbetreffende gemeente.

Bij het verlaten van de inrichting dient ten slotte bij iedere forensisch psychiatrische patiënt aandacht te zijn besteed aan:

- een signaleringsplan
- dagindeling en structuur
- woonsituatie
- algemene dagelijkse levensverrichtingen
- financiën
- werk
- opleiding

- relaties en sociaal netwerk
- intimiteit en seksualiteit
- verslaving
- medicatiebeleid en depotmedicatie
- somatische zorg

Het crisismanagement dient duidelijk te zijn beschreven en er moeten nadrukkelijk afspraken zijn gemaakt over verantwoordelijkheden en taken, vooral ook als er verschillende partijen een rol spelen bij eventuele noodzakelijke interventies.



# 11 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen uit de vorige hoofdstukken samengevoegd en gerubriceerd. Eerst echter zij er nogmaals op gewezen dat de langdurige forensisch psychiatrische zorg geen volledig eigen domein is, maar dat deze vorm van zorg een onderdeel is van de reguliere forensisch psychiatrische zorg. Dit houdt in dat er veel gemeenschappelijkheden zijn met de rest van het veld. Een ander eerder genoemd punt is dat het in de langdurige forensisch psychiatrische zorg om een in omvang beperkte groep patiënten gaat. Daarom is enige bescheidenheid wat betreft onderstaande aanbevelingen op haar plaats. Het gaat overigens wel om een groep patiënten waar veel aandacht naar uitgaat en die veel inzet en wetenschappelijke creativiteit vereist.

## 11.1 Differentiatie in zorg en beveiliging

Conform de aanbevelingen van het 'beleidskader longstay forensische zorg' moet er in de langdurige forensisch psychiatrische zorg een goed gefundeerde differentiatie plaatsvinden, gebaseerd op de uiteenlopende zorg- en veiligheidsbehoeften van verschillende groepen patiënten (TK, 2008/09, 29 452, nr. 98). Deze differentiatie gaat uit van drie niveaus van beveiliging en drie niveaus van zorgbehoefte. Hiertoe moeten de volgende zaken worden ontwikkeld.

- Eenduidige inclusie- en exclusiecriteria aan de hand waarvan kan worden bepaald of patiënten een hoge, matige of lage beveiliging nodig hebben.
- Eenduidige inclusie- en exclusiecriteria aan de hand waarvan kan worden bepaald of patiënten een hoge, matige of lage mate van zorg nodig hebben.
- Een beslissingsmodel voor deze differentiatie.
- Een gestandaardiseerde procedure met *checks and balances* om deze beslissing goed te laten verlopen.

Vervolgens zal er een begin moeten worden gemaakt met wat er allemaal komt kijken bij de invoering van deze differentiatie en zal deze invoering gestalte moeten krijgen. Uiteraard zal een en ander aan een nauwgezette *monitoring* moeten worden onderworpen. De gegevens die dit oplevert vormen dan de input voor evaluatieonderzoek naar de effectiviteit en efficiëntie van de ingevoerde differentiatie. Dit onderzoek kan vervolgens richting en inhoud geven aan eventuele verbeteringen van de differentiatie.

Structureel overleg met het Ministerie van Justitie zou ertoe kunnen leiden dat de regiefunctie van het ministerie beter kan worden onderbouwd met gedragen en uitvoerbare afspraken met het veld.

Het zou goed zijn het principe van woonunits verder te ontwikkelen. In woonunits kunnen patiënten maximale autonomie krijgen en zelfstandig functioneren binnen een

voorziening voor langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit zou ook een bijdrage kunnen leveren aan een nadere concretisering van de differentiatie in zorg- en beveiligingsniveaus. Zo zou ook veilig kunnen worden getoetst welke mate van zelfstandigheid een patiënt aankan. Ook zou dan tegelijkertijd kunnen worden getoetst of een patiënt met de minder hoge beveiliging en het minder strikte toezicht kan omgaan. Een patiënt die langdurig laat zien zowel de autonomie aan te kunnen als verantwoord met de lagere beveiliging om te gaan kan meer zelfstandig blijven wonen op het terrein, dan wel de overgang maken naar bijvoorbeeld een (forensische) RIBW.

Het verdient aanbeveling de mate van beveiliging aan te laten sluiten bij de individuele zorg- en beveiligingsbehoeften. Dit kan bijvoorbeeld door te differentiëren in verlofmogelijkheden. Onbegeleid verlof is nu nog onmogelijk voor patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg voor tbs-gestelden. In de toekomst echter kan dit mogelijk zorgen voor meer differentiatie in individuele beveiligingsniveaus. Daarnaast zou dit ertoe kunnen leiden dat de overgang tussen de instelling voor langdurige forensisch psychiatrische zorg en een minder beveiligde vervolginstelling minder groot wordt.

## 11.2 Diagnostiek

De behandeldossiers die de FPC's aanleveren, variëren in volledigheid. Onvolledige dossiers maken het de ontvangende partij, in casu de langdurige forensisch psychiatrische zorgafdeling, moeilijk bij de overname van een patiënt zorg van hoge kwaliteit te bieden. Daarom is het aan te bevelen op landelijk niveau tot afspraken te komen over de vorm en inhoud van de diverse onderdelen van een patiëntendossier.

Aanbevolen wordt richtlijnen te ontwikkelen voor de psychologische diagnostiek voor de langdurige forensisch psychiatrische zorg.

De instelling wordt geacht jaarlijks het diagnostische onderzoek te actualiseren (psychiatrisch onderzoek, gedragsobservatie, risicotaxatie et cetera). In dit verband moet het multidisciplinaire team ook beoordelen of een patiënt nog steeds op zijn plaats is binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg. De beoordeling dient dan schriftelijk te worden vastgelegd. Hierover moeten duidelijke afspraken worden gemaakt tussen de verschillende ketenpartners. Dit komt ook de efficiëntie ten goede.

Het is van belang niet alleen bij de start van de behandeling en begeleiding aandacht te besteden aan de intrinsieke motivatie van de patiënt, maar dat ook gedurende het gehele verblijf vol te houden. Omdat de perspectieven van verschillende patiënten qua acceptatie uiteenlopen, is het in dit verband ook van belang te onderzoeken welk type motivatie een patiënt na verloop van tijd aan de dag legt.

Gezien de specifieke eigenschappen van de langdurige forensisch psychiatrische zorg en haar patiënten is het zinvol de mogelijkheden te verkennen voor de ontwikkeling van instrumenten die speciaal zijn toegesneden op de langdurige forensisch psychiatri-

sche zorg. Verdere ontwikkeling van deze instrumenten zou zich dan kunnen richten op het onderzoeken en verbeteren van hun validiteit en betrouwbaarheid. Hierbij kunnen bestaande instrumenten, die elders in het forensisch psychiatrisch veld zijn ontwikkeld, het vertrekpunt vormen. Gedacht kan worden aan:

- een risicotaxatie-instrument
- een instrument om beschermende factoren te inventariseren
- een instrument om tot systematische gedragsobservaties te komen en de resultaten daarvan gestandaardiseerd vast te leggen
- een cultuuronderzoek
- een zorgzwaarteschaal
- een schaal voor beveiligingsnoodzaak
- andere mogelijke diagnostische instrumenten

Deze instrumenten zouden wijzigingen in de behandelbaarheid en het recidiverisico moeten kunnen meten. Ze zouden ook aanknopingspunten kunnen bieden om de kwaliteit van leven, dan wel de behandeling en begeleiding te verbeteren.

Voor een goede beoordeling van het al dan niet handhaven van de 'longstay-status' moeten toetsbare criteria worden ontwikkeld en moeten er methodieken komen om zo objectief mogelijk te kunnen nagaan of deze status nog langer noodzakelijk is.

### 11.3 Verbetering van het behandelmilieu, de behandeling en de begeleiding

In algemene zin geldt dat voor de borging van de kwaliteit van de aangeboden zorg aansluiting kan worden gezocht bij de kwaliteitstoetsingssystemen van de reguliere en de forensisch psychiatrische zorg. Wegens de unieke positie van het langdurige forensisch psychiatrisch werkveld op het gebied van zorg, behandeling en beveiliging wordt wel aanbevolen op het veld toegesneden kwaliteitscriteria te ontwikkelen.

Een belangrijk onderdeel van een optimaal behandelmilieu is de fysieke omgeving. Het verdient aanbeveling onderzoek te doen naar de invloed op de patiënten van fysieke omgevingsfactoren in de langdurige forensisch psychiatrische zorg. Dit betreft bijvoorbeeld de invloed op hun gedrag, stemming, kwaliteit van leven, delictgerelateerde factoren en beschermende factoren. Dergelijk onderzoek kan aanwijzingen geven over mogelijkheden om deze omgevingsfactoren welbewust te beïnvloeden, alsook over de zinvolheid en kosten van zulke ingrepen.

Wat de zorg en behandelregimes betreft moet er evaluatieonderzoek worden gedaan naar behandelregimes en -milieus, alsook naar specifieke behandel- en begeleidingsmethodes. De uitkomsten kunnen dan worden gebruikt om tot verbeteringen daarin te komen.

Ook is het nuttig mogelijke nieuwe behandelmethodieken te onderzoeken voor deze doelgroep. Een kenniskring van deskundigen zou zich hierover kunnen buigen en tot aanbevelingen kunnen komen.

Er moet worden nagegaan of een aparte afdeling voor geriatrische zorg moet worden opgezet voor oudere patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg. In aansluiting hierop is het aan te bevelen de capaciteit en zorgintensiteit van de vraag naar verpleegzorg in de langdurige forensisch psychiatrische zorg te onderzoeken om zo tot een passend aanbod te komen.

## 11.4 Theorie en onderzoek

Theorie en onderzoek moeten zich – noodgedwongen – richten op een zorgprogramma dat zoveel mogelijk is gebaseerd op *best evidence*, omdat een *evidence based* aanpak, gezien de kleine en diverse populatie van de langdurige forensisch psychiatrische zorg, onderzoekstechnisch niet haalbaar is. De hiervoor gebruikelijke statistische sociaalwetenschappelijke aanpak is daardoor namelijk slechts in zeer geringe mate toepasbaar.

Er moet dus worden verkend welke alternatieve onderzoeksdesigns en methoden van dataverwerking voorhanden zijn. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan kwalitatief onderzoek, N=1-designs (Bartels, Spreen, Schuringa & Teeken, 2008) en methoden van *data mining*. Ook zou het in dit verband zinvol zijn relevante gegevens van de patiënten geanonimiseerd onder te brengen in een gemeenschappelijke *database* voor onderzoeksdoeleinden.

Op conceptueel niveau zou het nuttig en plezierig zijn wanneer de forensische wereld tot overeenstemming zou kunnen komen over de definiëring van een aantal sleutelbegrippen, ook al zal dat verre van eenvoudig en misschien wel onmogelijk blijken. Zo zou een eenduidige en verstandige definitie van het begrip 'risico' ervoor kunnen zorgen dat er zinvol verder kan worden gesproken over wat risico- en beveiligingsprofielen inhouden.

Om de theoretische onderbouwing van het onderzoek te versterken en te verbreden is het de moeite waard na te gaan in hoeverre het binnen de langdurige forensisch psychiatrische zorg mogelijk is het *what works model* (inclusief behandelintegriteit) te integreren met het *good lives model* en het rehabilitatiemodel.

## 11.5 Relaties

Het verdient aanbeveling de plaats van de seksualiteit in de langdurige forensisch psychiatrische zorg te onderzoeken, omdat hierover nog weinig bekend is.

Er moet een richtlijn worden vastgesteld voor patiënten die in het huwelijk willen treden.

## Referenties

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati: Anderson.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4<sup>th</sup> ed.). Newark, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice & Behavior*, 17, 19-52.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation* (2<sup>nd</sup> Ed.). Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Bartels, A.J.J., Spreen, M., Schuringa, E., & Teeken, V. (2008). *N=1: Nauwkeurige en sensitieve behandel-evaluatie op individueel niveau: Utrecht Expertisecentrum Forensische Psychiatrie / Leo Kannerhuis*.
- Bender, D., & Lösel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661-678.
- Drieschner, K.H., Lammers, S.M., & Staak, C.P. van der (2004). Treatment motivation: An attempt for clarification of an ambiguous concept. *Clinical Psychology Review*, 23, 1115-1137.
- Feldbrugge, J. (2007). *Wat iedere Nederlander zou moeten weten over de TBS*. Nijmegen: Valkhof pers.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1996). *Predictors of sexual offender recidivism: A meta-analysis* (User Report 96-04). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1998). Appraisal and management of risk in sexual aggression: Implications for criminal justice police. *Psychology, Public Policy and Law*, 4, 73-115.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hollin, C.R. (1999). Treatment programs for offenders. Meta-analysis, 'What works,' and beyond. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 361-372.
- Hurk, A.A. v. d., & Nelissen, P.P. (2004). 'What works'. Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 1, 5, 280-297.
- Janzing, C., & Kerstens, J. (1997). *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu* (5 ed.). Alphen aan de Rijn: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2004). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janzing C., Berg A. van den, Kruisdijk F. (2000). *Handboek voor Milieutherapie: Theorie en praktijk van de klinische psychotherapie*. Assen: Van Gorcum.
- Janzing, C., & Lanssen, J. (1996). *Milieutherapie*. Assen: Van Gorcum.
- Kordelaar, W.F. van & Panhuis, P.J.A. van (2006) Over de differentiatie van longstayvoorzieningen binnen de TBS. *Sancties*, 1, 6, 320-339.

- Laan, P.H. v. d., & Slotboom, A. (2002). Wat werkt? In P.J. v. Koppen, D.J.Hessing, H.L.G.J. Merckelbach & H.F.M. Crombag (Red.), *Het recht van binnen. Psychologie van het recht* (pp.963-975). Deventer: Kluwer.
- Meeuwissen, J.A.C., & Weeghel, J. van (2003). *Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Nezu, A.M., & Nezu, C.M. (2008). Ensuring treatment integrity. In Nezu, A.M., & Nezu, C.M. (Eds): *Evidence-based outcome research*. New York: Oxford University Press.
- Ogloff, J.R.P., & Davis, M.R. (2004). Advances in offender assessment and rehabilitation: Contributions of the risk-needs-responsivity approach. *Psychology, Crime and Law*, 10, 229-242.
- Ruiter, C. de & Veen, V. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Ruiter, C. de & Veen, V. (2006). *De effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (Red.; 2005). *Behandelingstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Academisch Proefschrift Universiteit van Amsterdam: Dutch University Press.
- Vogel, V. de., Ruiter, C. de., Bouman, Y.H.A., & Vries Robbé, M. de (2007). *Handleiding bij de SAPROV: Structured assessment of protective factors for violence*. Utrecht/Nijmegen: Van der Hoeven-kliniek/Trimbos-Instituut/Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and Conceptual Issues in Offender Rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.

## **Bijlagen**



## **Bijlage I    Zorgzwaarteschaal Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (versie 6)<sup>6</sup>**

### **Toelichting**

Deze schaal voor ervaren zorgzwaarte maakt gebruik van de geaggregeerde kennis en ervaring van multidisciplinaire teams. De items vormen de grootst gemene deler van thema's of zorgpunten die in een gesloten forensisch psychiatrische setting bepalen in hoeverre de zorg voor een patiënt meer of minder intensief is. In deze schaal wordt vooralsnog elk item even zwaar gewogen. De intuïtie van de medewerkers verzet zich daartegen. Sommige items lijken namelijk zwaarder te wegen dan andere, vooral door de mogelijkheid ongewenst gedrag te couperen (of niet) door de teammedewerkers.

### **Driepuntsschaal**

De driepuntsschaal loopt van 'altijd, meestal of soms, maar dan wel ernstig verstorend' (1 punt), via 'zo nu en dan' of 'regelmatig, maar niet in ernstige mate' (2 punten), naar 'zelden of nooit' (3 punten). Per item kan de schaal verder worden toegevoegd of uitgewerkt.

### **Scoring**

De scoring wordt verricht door meer dan één persoon, liefst afkomstig uit verschillende disciplines. Deze medewerkers gaan regelmatig met de desbetreffende patiënt om en kennen zijn gedrag in verschillende situaties. Bij verschil van mening over de scoring komen zij door elkaar te bevragen tot consensus.

### **Resultaten**

Als een patiënt een 1 scoort op een van de items is er feitelijk al intensieve zorg nodig. Als een patiënt op meer dan zes items een 1 scoort, is er zeer intensieve zorg nodig. Ook patiënten die overwegend een 2 scoren, vereisen een meer intensieve zorg dan in een reguliere psychiatrische voorziening gebruikelijk is. Deze criteria moeten nog vergeleken worden met de criteria zoals het CIZ die bijvoorbeeld gebruikt.

---

<sup>6</sup> Er zijn voor deze zorgzwaarteschaal nog onvoldoende validiteits- en betrouwbaarheidsgegevens. 105

## Criteria voor scoring van zorgzwaarte

Item	Beschrijving van het item	score
1	<b>Begeleidbaarheid</b>	
	1 Trekt zich zelden iets aan van de begeleiding of is op dit punt moeilijk voorspelbaar.	
	2 Is alleen door meer dan één persoon te begeleiden.	
	3 Levert in de dagelijkse gang van zaken geen begeleidingsproblemen op.	
2	<b>Impulsiviteit</b>	
	1 Doet dagelijks wel iets impulsiefs (zowel in woord als daad).	
	2 Doet wekelijks wel iets impulsiefs (zowel in woord als daad).	
	3 Doet zelden iets impulsiefs (zowel in woord als daad).	
3	<b>Snel ontregeld raken</b>	
	1 Raakt snel en amper voorspelbaar ontregeld.	
	2 Raakt met een aanloop of voorspelbaar ontregeld.	
	3 Raakt binnen een duidelijk milieu zelden ontregeld.	
4	<b>Directe begeleiding</b>	
	1 Moet de uren dat hij niet achter de gesloten deur verblijft steeds in het oog worden gehouden.	
	2 Kan met een gerichte opdracht een uur alleen met andere patiënten zijn zonder problemen.	
	3 Kan een dagdeel zonder directe begeleiding met andere patiënten zijn.	
5	<b>Ernst van de stoornis</b>	
	1 Heeft een florerende stoornis die het dagelijkse gedrag verstoort.	
	2 Heeft bij tijden gedragsproblemen als gevolg van de stoornis, maar niet dagelijks.	
	3 Van een stoornis is doorgaans weinig te merken in de omgang.	
6	<b>Medicatie</b>	
	1 Is zijn medicatie ontrouw en smokkelt.	
	2 Is slordig en vergeetachtig met medicatie.	
	3 Is zijn medicatie volledig trouw, is zorgvuldig of heeft geen medicatie.	

7 **Autonomie**

- 1 Kan zichzelf niet verzorgen of kan niet alleen zijn.
- 2 Kan meestal voor zichzelf zorgen en kan ook enige tijd alleen zijn.
- 3 Zorgt uitstekend voor zichzelf en kan zich, als hij alleen is, goed redden.


8 **Noodzaak tot controle**

- 1 Gedurende perioden intensief/veel urinecontroles/veel kamercontroles.
- 2 Zo nu en dan of niet intensief.
- 3 Zelden of nooit.


9 **Noodzaak van somatische zorg**

- 1 Heeft wekelijks contact met de medische dienst wegens somatische problemen of heeft soms ernstige klachten.
- 2 Heeft regelmatig somatische zorg nodig, maar niet wekelijks.
- 3 Heeft geen bijzondere somatische problemen.


**Nadere meer actuariële factoren** (nog uit te werken voor wat betreft de invloed op de zorgzwaarte en in te vullen per patiënt)

**Type stoornis**

- 1 Hoofdzakelijk psychotische problematiek.
- 2 Hoofdzakelijk persoonlijkheidsproblematiek.
- 3 Andere problematiek dan 1 of 2 staat centraal.

**Dubbele diagnose**

- 1 Psychotische stoornis met andere stoornissen zoals verslaving of zwakbegaafdheid.
- 2 Persoonlijkheidsstoornis met andere stoornissen zoals verslaving of zwakbegaafdheid.
- 3 Seksuele stoornis.

**Hoofddiagnose classificatie**

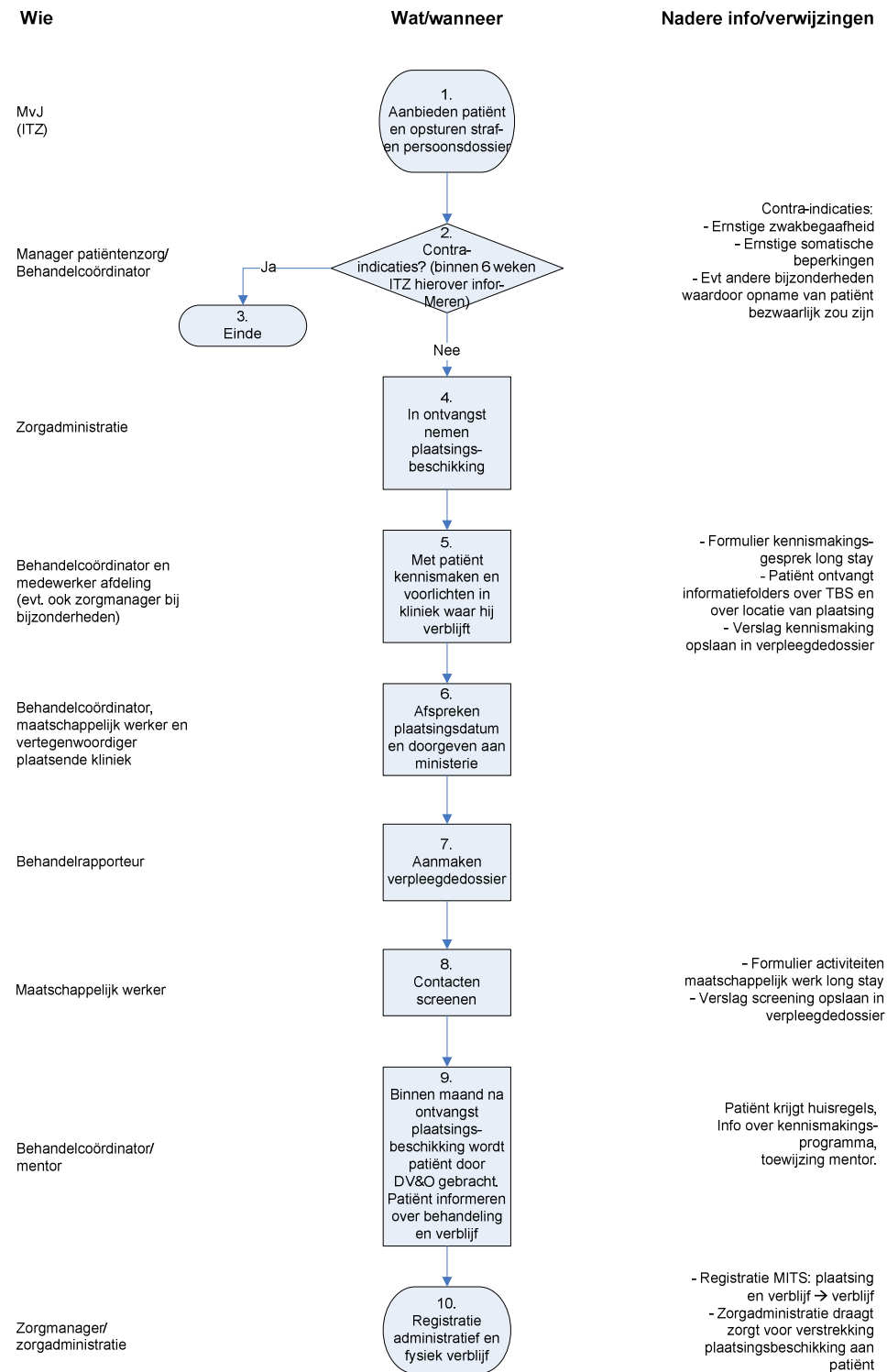
Hier worden de codes van de DSM-IV-TR classificatie gevraagd per patiënt, te beginnen met de hoofddiagnose.

**Type delict**

Hier wordt het hoofdtype – of de hoofdtypen – van het indexdelict of de indexdelicten aangegeven, of van het verwachte delict als dat daarvan afwijkt. Voorbeelden zijn geweld, seksueel geweld, brandstichting, vermogens- en verwervingsdelicten en dergelijke.

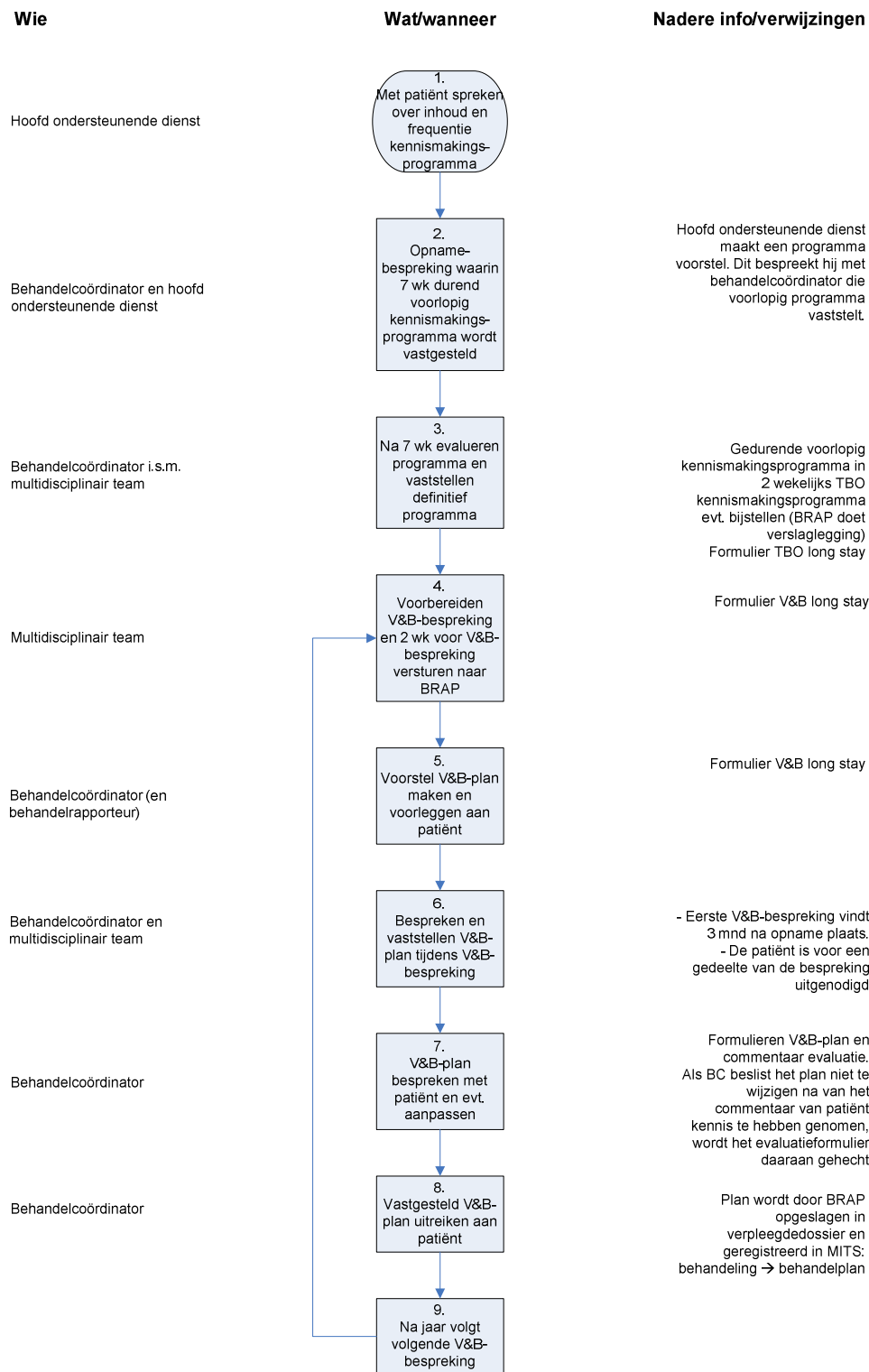


## Bijlage II Stroomschema plaatsingsfase longstay





## Bijlage III Stroomschema behandelphase longstay





## **Bijlage IV Checklist voor dossieroverdracht behandelzaken bij de opname van longstay-patiënten**

<b>Documenten</b>	<b>wel in bezit Pompestichting</b>	<b>ontbreekt</b>	<b>reden van ontbreken/ bijzonderheden</b>
Plaatsingsbeschikking			
Longstay-aanvraag			
Toetsing aanvraag longstay-status LAP			
Longstay-toetsing Pro Justitia			
Dossiersamenvatting			
Delictscenario en delict- analyse			
Verslag diagnostisch on- derzoek			
Recente PCL-R compleet			
Recente HCR-20 compleet			
Recente SVR-20 compleet			
Recente HKT-30 compleet			
1 <sup>e</sup> PBC-rapportage of Pro Justitia			
Laatste 6-jaarstermijns- onderzoek			
Verlengingsadviezen			
Verlofaanvraag (indien aanwezig)			
Wettelijke aantekeningen van de laatste 3 jaar			
Verplegings- en behan- delplan (laatste 2 jaar)			
Overzicht gevolgde en afgeronde behandelon- derdelen			
Screeningslijst maat- schappelijk werk			
Signalenkaart			
Terugvalpreventieplan			

<b>Documenten</b>	<b>wel in bezit Pompestichting</b>	<b>ontbreekt</b>	<b>reden van ontbreken/ bijzonderheden</b>
Afdelings- of activiteiten- dagprogramma (zo nodig verzorging)			
Medicatielijst			
Lopende medische zaken			
Overzicht urinecontroles, frequentie en resultaten			
Incidenten overzicht laat- ste twee jaar			
Maatregel overzicht laats- te twee jaar			
Plaatsingsbijzonderheden (eerdere) zoals regiobin- ding, slachtofferbijzon- derheden, relaties met medepatiënten en mede- werkers			
Tekst uitgebreid vonnis oorspronkelijk kerndelict			
Overzicht lopende; straf- zaken, RSJ-beroep, ver- lengingszaak op korte ter- mijn, hoger beroep tegen verlengingsbesluit			

## **Bijlage V Wetgeving omtrent dwangmedicatie**

### **Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden**

#### Artikel 26

- 1 Het hoofd van de inrichting kan een verpleegde verplichten te gedogen dat ten aanzien van hem een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht, indien die handeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen. De handeling wordt verricht door een arts of, in diens opdracht, door een verpleegkundige.

### **Reglement verpleging ter beschikking gestelden**

#### HOOFDSTUK 10 GEDWONGEN GENEESKUNDIGE HANDELINGEN

#### Artikel 33

- 1 Voordat het hoofd van de inrichting beslist dat een door de arts noodzakelijk geachte geneeskundige handeling onder dwang zal worden toegepast, pleegt het hoofd van de inrichting overleg met die arts en met het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft. Indien de handeling door een andere arts wordt verricht, wordt bovendien met hem overlegd.
- 2 Indien de toepassing van een geneeskundige handeling onder dwang noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de verpleegde, pleegt het hoofd van de inrichting bovendien overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater.
- 3 In het in het eerste en tweede lid bedoelde overleg wordt nagegaan of het ernstige gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde of van anderen niet op een andere wijze kan worden afgewend. Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de voor de verpleegde minst ingrijpende handeling.
- 4 In de situatie, bedoeld in artikel 26, tweede lid, van de wet, pleegt het afdelingshoofd het in het eerste respectievelijk tweede lid bedoelde overleg. Het overleg van het hoofd van de inrichting met de in het eerste respectievelijk tweede lid bedoelde personen vindt zo spoedig mogelijk na de geneeskundige handeling plaats.
- 5 De verantwoordelijke arts draagt zorg dat de melding van de toepassing van artikel 26 van de wet wordt opgenomen in het register als bedoeld in artikel 6 en in het verpleegdossier en dat de resultaten van het overleg alsmede de afspraken die daarbij zijn gemaakt worden opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan.



## **Bijlage VI Afkortingenlijst**

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
BVT	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
BW	Burgerlijk Wetboek
DAC	Dagactiviteitencentrum
DBBC	Diagnose Behandeling en Beveiliging Combinaties
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie
DForZo	Directie Forensische Zorg (van het Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen)
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision
EE	Expressed Emotion
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
FPA	Forensisch psychiatrische afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPI	Forensisch Psychiatrisch Instituut
FPK	Forensisch psychiatrische kliniek
FSNA	Forensische sociale netwerkanalyse
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HCR-20	Historical Clinical Risk-20
HKT-30	Historisch Klinische Toekomst-30
IQ	Intelligentie quotiënt
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
KZ-Wet	KrankzinnigenWet (vervangen door Wet BOPZ)
LAP	Landelijke Adviescommissie Plaatsing
LFPZ	Langdurige forensisch psychiatrische zorg
LIJV	Landelijk Informatiepunt Justitiële Verloven
NAO	Niet anderszins omschreven
OM	Openbaar Ministerie
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
PCL-R	Psychopathy Checklist Revisited
RCT	Randomized clinical trials
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RIP	Risico interventie patiënt
SAPROF	Structured Assessment of PROjective Factors for violence risk
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SVR-20	Sexual Violence Risk-20
TBO	Tussentijds behandeloverleg
TBS	Terbeschikkingstelling
THC	Tetrahydrocannabinol (cannabis)
TK	Tweede Kamer (handelingen)
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten

Wet BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrisch ziekenhuizen
WFZ	Wet forensische zorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
ZOET	Zicht op Enschedese tbs-gestelden

## Bijlage VII Deelnemerslijst werkgroepen

<b>Titel</b>	<b>Voorletters</b>	<b>Achternaam</b>	<b>Functie</b>	<b>Instelling</b>
Drs.	A.	Beumer	Afdelingshoofd	FPC Veldzicht
Drs.	W.P.	Den Boer	Klinisch psycholoog	De Woenselse Poort
Drs.	RJ.	De Bruine	Afdelingshoofd	FPC Veldzicht
Drs.	P.C.	Braun	Clustermanager patiëntenzorg	FPC Pompestichting
Dr.	Th.A.M	Deenen	Klinisch psycholoog & behandelcoördinator	FPC Veldzicht
MSc	D.	Van Eeden	Coördinator Zorg-programmering	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)
Dr.	I.	Embley	Directeur	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP)
Drs.	W.J.P.	Gaertner	Psycholoog & behandelcoördinator	FPC Pompestichting
Drs.	R.M.	Geense	Senior Beleidsmedewerker	Directie Forensische Zorg, DJI
Mr.	P.	De Graaff	Senior medewerker kwaliteit forensische zorg	Directie Forensische Zorg, DJI
Drs.	A.M.	Hertig	Behandelcoördinator	FPC Veldzicht
Drs.	J.J.F.M.	De Man	Psychiatrisch adviseur	Directie Forensische Zorg, DJI
Drs.	S.F.H.M.	Mikkers	Behandelcoördinator & GZ-psycholoog in opleiding	FPC Pompestichting
Drs.	M.W.C.	Van de Rijdt	Behandelcoördinator	FPC Pompestichting
Dr.	M.J.	Schabracq	Psycholoog, zelfstandig organisatieadviseur, trainer, coach en onderzoeker	Human Factor Development
Drs.	W.A.	Vernes	Hoofd Afdeling Forensische Plaatsing	Directie Forensische Zorg, DJI
Drs.	P.	Van Zelst	Behandelcoördinator	FPC Pompestichting