

Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk

Landelijk zorgprogramma voor
forensisch psychiatrische patiënten
met een psychotische kwetsbaarheid

Versie 1

Colofon

© Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2008

Eindredactie drs. C.T. van der Weide

Omslag Tom Rietveld

Lay-out Taal & Tekens, Bilthoven

Druk Grafisch Centrum Vanderheym, Utrecht

ISBN 978-90-76130-11-8

NUR 740

Woord vooraf

Van oudsher richten de forensisch psychiatrische behandelcentra en de daar werkzame behandelaars zich op ontwikkelingen in hun vakgebied. Deze gerichtheid komt primair voort uit de professionele verantwoordelijkheid van de instellingen en de behandelaars. De opdracht van het Ministerie van Justitie aan het EFP om drie landelijke zorgprogramma's te laten ontwikkelen heeft een unieke kans geboden om in deze gerichtheid meer samenhang aan te brengen.

Onder regie van het EFP is voor ieder te ontwikkelen zorgprogramma een aantal werkgroepen geïnstalleerd, waaraan professionals uit forensisch psychiatrische behandelcentra deelnamen. In deze werkgroepen zijn de drie zorgprogramma's inhoudelijk tot stand gebracht. Hiertoe zijn de beschikbare informatie uit de forensische behandelpraktijk, de buitenlandse ontwikkelingen en de stand van zaken in relevant wetenschappelijk onderzoek gebruikt. Het EFP brengt de zorgprogramma's uit, maar met recht mag gezegd worden dat het de zorgprogramma's zijn van de deskundigen uit het forensische veld. Het is immers te danken aan hun inspanningen dat dit resultaat is bereikt.

Met deze landelijke zorgprogramma's wordt beoogd een impuls te geven aan de kwaliteitsontwikkeling en transparantie van de forensische zorg. Essentieel is dat de behandelcentra de bestaande richtlijnen en deze landelijke zorgprogramma's gaan gebruiken als basis voor de te bieden zorg.

Van bijzonder belang is daarbij de decentrale uitwerking en specifieke aanpassing aan de desbetreffende organisatie. Implementatieonderzoek heeft geleerd dat zonder een vertaalslag naar de lokale situatie de zorgprogramma's niet als eigen worden ervaren en het beoogde effect simpelweg niet wordt verwezenlijkt.

Het onderhavige landelijke zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid heeft een iets andere wordingsgeschiedenis dan de andere twee programma's. Er is in de laatste fase gebruikgemaakt van een gecombineerde lees- en redactiecommissie. De eindredactie is gedaan door Charles van der Weide, behandelcoördinator / GZ-psycholoog en werkzaam bij de FPK van GGZ Drenthe te Assen.

Het EFP is allen die meewerkten aan de totstandkoming van dit zorgprogramma en in het bijzonder de eindredacteur dankbaar voor al hun inspanningen. Onze dank gaat tevens uit naar de instellingen die zo ruimhartig de tijd van hun medewerkers beschikbaar stelden.

Tot slot.

De ontwikkelingen in het forensische veld gaan snel en de inzichten over wat een zorgprogramma moet bevatten staan nog steeds ter discussie. Zorgprogramma's en

dus ook deze landelijke programma's hebben daardoor een beperkte houdbaarheid. Wellicht is het zelfs beter om te zeggen dat het ontwikkelen ervan een geval van 'werk in uitvoering' is. Daarom zullen deze landelijke zorgprogramma's periodiek moeten worden geactualiseerd. Het EFP heeft hiervoor een werkwijze ontworpen waarin de professionals uit het veld opnieuw een belangrijke plaats innemen.

Utrecht, november 2008
Dr. I. Embley Smit, directeur EFP

Inhoudsopgave

Woord vooraf	3
Inhoudsopgave	5
Inleiding	7
1 Zorgprogrammering in de forensische psychiatrie	9
1.1 Wat is zorgprogrammering	9
1.2 Waarom zorgprogrammering	11
1.3 Zorgprogramma en veiligheid	12
1.4 Uitgangspunten	13
2 Vertaling algemene uitgangspunten naar specifieke doelgroep	19
2.1 Doel	21
2.2 Doelgroep	22
3 Diagnostische fase	27
3.1 Doel diagnostische fase	27
3.2 Organisatorische aspecten	27
3.3 Inhoud diagnostiek	29
3.4 Psychiatrische diagnostiek	31
3.5 Psychologische diagnostiek	32
3.6 Aanvullend onderzoek	34
3.7 Diagnostiek van suïcidaliteit	37
3.8 Risicotaxatie	37
3.9 Verslaving en middelenmisbruik	40
3.10 Forensisch psychiatrische beschouwing	41
4 Behandelingsfase	43
4.1 Doelen behandelingsfase	43
4.2 Organisatorische aspecten	45
4.3 Inhoud behandeling	46
4.4 Samenvatting van aanbevelingen van de Multidisciplinaire Richtlijn	47
4.5 Overzichtsstudie van empirische studies naar het effect van behandeling	49
4.6 Farmacotherapie	50
4.7 Psycho-educatie	52
4.8 Forensische psychotherapie	52
4.9 Ondersteunende therapieën, gericht op het vergroten van sociale en copingvaardigheden	53
4.10 Netwerk	54
4.11 Systeemtherapie	54
4.12 Sociotherapie en milieu	55
4.13 Dagbesteding/werk	56
4.14 Materiële hulpverlening	57
4.15 Verslaving en persoonlijkheidsproblematiek	57
4.16 Delictscenario	58
4.17 Signaleringsplan	59
4.18 Terugvalpreventieplan	60

4.19	Gefaseerde terugkeer naar de maatschappij; verlof	60
4.20	Individuele behandel-evaluatie	61
4.21	Van behandeling naar resocialisatie	68
5	Resocialisatiefase	69
5.1	Uitgangspunten resocialisatiefase	69
5.2	Doel resocialisatiefase	70
5.3	Organisatorische aspecten	70
5.4	Inhoud resocialisatie	73
5.5	Dagindeling en structuur	73
5.6	Wonen	74
5.7	ADL	75
5.8	Financiën	76
5.9	Werken en leren	76
5.10	Relaties, intimiteit, seksualiteit	77
5.11	Risicotaxatie en -management	77
5.12	Medicatiebeleid en depot	80
5.13	Crisismanagement	81
5.14	Verslaving	82
5.15	Ambulante zorg	83
5.16	Forensisch psychiatrisch toezicht	83
5.17	Effectiviteit van buitenlandse nazorgprogramma's	84
	Literatuur	91
	Bijlagen	97
	Bijlage 1: Leden lees- en redactiecommissie	99
	Bijlage 2: Lijst met deelnemers zorgprogramma werkgroepen	101
	Bijlage 3: Overzicht zorgprogramma's	103
	Bijlage 4: Aanbevelingen bij onderzoek bij allochtonen	107
	Bijlage 5: Farmacotherapie	111
	Bijlage 6: Assertive Community Treatment (ACT)	115
	Bijlage 7: Risicotaxatie instrumenten	117
	Bijlage 8: Beschrijving van diverse verlofmodaliteiten in de tbs	123

Inleiding

De samenwerking in het project zorgprogrammering voor de forensische sector zoals geïnitieerd door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), is in 2005 gestart. Met inhoudelijke, organisatorische en logistieke ondersteuning van het EFP hebben deskundigen in het forensische werkveld de krachten gebundeld en hun ervaring en kennis ingebracht om in gezamenlijkheid te komen tot een beschrijving van een landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid. Zorgprogramma's voor twee andere doelgroepen, forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en forensisch psychiatrische patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag, zijn parallel ontwikkeld.

Professionals, werkzaam in het forensische werkveld, zijn samengebracht in drie werkgroepen, voor de drie onderdelen Diagnostiek, Behandeling en Resocialisatie. De werkgroepen hebben gebruik gemaakt van het werk dat in een aantal instituten en inrichtingen in de voorgaande jaren op het gebied van zorgprogrammering is verricht. Reeds aanwezige, relevante rapporten en documenten zijn gebruikt: 'Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische kwetsbaarheid' van het Trimbos-instituut (Verburg and Boerema 2004), 'Multi-disciplinaire richtlijn Schizofrenie' (GGZ 2005), een literatuuronderzoek (Harte, 2008) en de beschikbare zorgprogramma's van verschillende forensisch psychiatrische behandelcentra. De totstandkoming van dit zorgprogramma is aldus het resultaat van het gezamenlijke gedachtegoed vanuit het forensische werkveld, aangevuld met de laatste stand van de wetenschap. Het zorgprogramma is zoveel mogelijk gebaseerd op interventiemethodes waarvan in empirisch onderzoek is aangetoond dat zij effectief zijn in het verminderen van het recidiverisico (het principe van *evidence based practice*). Daar waar overtuigende empirische evidentie ontbreekt, wordt de voorkeur gegeven aan interventies die in tenminste sommige onderzoeken als effectief naar voren komen (het principe van *best evidence*), en/of die in professionele kringen worden gezien als passend, en in het veld brede acceptatie en toepassing genieten (het principe van *best practice*).

Het zorgprogramma heeft meer het karakter van een richtlijn, een document met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de klinische praktijk. Beslissingen over de daadwerkelijk toe te passen zorg vallen onder de verantwoordelijkheid van de forensische behandelcentra (c.q. de individuele hulpverlener). Dit zorgprogramma is daarbij bedoeld als ondersteuning. Door het overkoepelende karakter wordt in mindere mate aandacht besteed aan organisatorische aspecten. Deze dienen bij de uitwerking van een forensisch zorgprogramma vorm te krijgen. Verder past enige bescheidenheid ten aanzien van de pretenties van dit zorgprogramma. Het is een beschrijving van de huidige stand van de wetenschap en de ontwikkelingen staan niet stil. Het is dan ook om deze reden dat deze beschrijving, in samenwerking met de forensische deskundigen, periodiek zal worden geactualiseerd.

De indeling en structuur van dit voorliggend zorgprogramma zijn grotendeels overgenomen van het programma zoals dat ontwikkeld is in de divisie Forensische Psychiatrie

van de GGZ Drenthe (2004). Een bijzonder aspect van onderhavig zorgprogramma is het veelal gedwongen (opgelegde) karakter van de aangeboden zorg. Waar in de reguliere gezondheidszorg de patiënt zich vaak zelf meldt met een klacht en/of hulpvraag is dat binnen de forensische psychiatrie meestal niet het geval. Vaak gaat er een gepleegd delict aan vooraf en wordt een behandeling (ambulant of klinisch) opgelegd door de rechter. Van een intrinsieke hulpvraag bij de patiënt is dan ook lang niet altijd sprake. Veel aandacht dient daarom uit te gaan in de beginfase van de behandeling naar het motiveren van patiënten voor behandeling. In de praktijk zien we dat juist die inspanningen ertoe leiden dat patiënten na verloop van tijd meer motivatie en probleembesef ontwikkelen wat de compliance ten goede komt. Bij sommige patiënten leidt dit er zelfs toe dat zij uiteindelijk vrijwillig of met een rechterlijke machtiging op eigen verzoek hun behandeling klinisch of ambulant voortzetten.

1 Zorgprogrammering in de forensische psychiatrie

1.1 Wat is zorgprogrammering

Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een concreet omschreven doelgroep en beschrijft de noodzakelijke hulp in functionele termen. Een zorgprogramma vormt een gemeenschappelijk kader voor organisaties, professionals en patiënten. Het dient gebaseerd te zijn op de best beschikbare, wetenschappelijke en professionele kennis. Bij het samenstellen van een zorgprogramma is het daarnaast van belang dat de wensen en verwachtingen van de gebruikers van het programma erin opgenomen worden.

Een zorgprogramma is opgebouwd uit modules. Dat zijn als zodanig herkenbaar en in tijd en omvang begrensde onderdelen van het zorgprogramma, waarvoor een specifieke indicatie gesteld kan worden. Modules kunnen integraal onderdeel zijn van verschillende zorgprogramma's. Zorgprogramma's zijn bedoeld om meer samenhang in de zorg te bewerkstelligen. Ze bieden houvast bij het bewaken van de kwaliteit van het samenhangende hulpaanbod en kunnen een bevorderende werking hebben op de aansluiting tussen verschillende behandel fasen in de eerder genoemde behandeltrajecten. Daarnaast zijn ook wensen en verwachtingen van de gebruikers van belang.

Het vakgebied van de forensische psychiatrie bevindt zich op het grensvlak van de reguliere geestelijke gezondheidszorg en justitie. De uitwerking van zorgprogramma's is gebonden aan belangen die beide vakgebieden behartigen. Dit vraagt een heldere analyse van zowel psychiatrische aspecten als de forensische en justitiële kanten van het gedrag van de patiënt. De specifieke combinatie van een psychische stoornis met gedragsproblemen, leidend tot het plegen van een delict, is zeer ingewikkeld. Enerzijds vraagt dit begrip, medische zorg, respect voor de patiënt en een therapeutische attitude. Anderzijds is er de behoefte aan structuur, dwang, beveiliging en sancties om delictgedrag te voorkomen. Binnen de forensisch psychiatrische behandelsetting is het doel van de behandeling primair het verminderen van delictrisico's of risico's op agressief/gewelddadig gedrag. In het zorgaanbod staat naast de psychiatrische stoornis het door de patiënt gepleegde delict of risico's op agressief/gewelddadig gedrag centraal. De aanleiding tot het delict en de toedracht van het delict(en) of agressief/gewelddadig gedrag zijn een belangrijk onderwerp van onderzoek. Bij de veroordeling en oplegging van enige juridische maatregel speelt een verband tussen de geconstateerde stoornis en het gepleegde delict uitdrukkelijk een rol. Aldus is het delict en de kans op recidive in combinatie met de stoornis een leidend gegeven in de forensisch psychiatrische behandeling. Dit geldt in alle fasen van de behandeling, van begin tot eind. De relatie tussen stoornis(sen) en delict, de kans op delicttherhaling en het risicomangement hiervan zijn specifieke aspecten van het forensisch psychiatrische werken.

In de voorliggende jaren heeft het begrip zorgprogrammering zijn intrede gedaan in de forensisch psychiatrische behandelcentra, nadat dit eerst in de Algemene Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ) is geïntroduceerd en ontwikkeld. In het licht van de hoge kwaliteitseisen die tegenwoordig gesteld worden aan het werken in de (geestelijke) gezondheidszorg is de bedoeling om tot een betere afstemming te komen tussen bepaalde ziektebeelden en psychische stoornissen enerzijds en het behandelaanbod anderzijds. Dit uitgangspunt is leidend geweest bij de ontwikkeling van zorgprogrammering.

Als achtergrond van de uitwerking van de zorgprogrammering in het forensische werkveld kan een aantal ontwikkelingen geschetst worden. We noemen in dit verband de volgende:

- De pathologie van de patiëntenpopulatie in de forensisch psychiatrische behandelcentra is in toenemende mate complex (toename comorbiditeit).
- Er is sprake van een sterke groei in het aanbod van behandelmethoden vanuit verschillende bio-psychosociale invalshoeken.
- De delictpreventie en/of het risicomanagement binnen de behandeling komt meer op de voorgrond te staan dan de stoornisgerichte kant van de behandeling. Maatschappelijke bewegingen spelen hierin een rol.
- Een zorgprogramma waarborgt de behandelintegriteit Hierdoor is de behandeling procesmatig en inhoudelijk beter te evalueren.

De behandelaren in de forensisch psychiatrische behandelcentra zijn doordrongen van de noodzaak om te werken volgens de laatste stand van zaken in wetenschappelijk onderzoek betreffende behandelmethodieken. Daarbij moet erop gewezen worden dat het voor de ontwikkeling van dit specialistische werkveld noodzakelijk is dat er, nog meer dan nu het geval is, systematisch onderzoek gedaan wordt naar de effecten van behandeling en naar specifieke behandelmethoden. De ontwikkeling en integrale toepassing van zorgprogramma's binnen de forensische psychiatrie faciliteert het effectonderzoek.

Een andere belangrijke tendens is om de forensisch psychiatrische behandeling van patiënten te beschouwen als een onderdeel van een breder en langer lopend behandeltraject. Een groot deel van de patiënten uit deze forensische populatie heeft immers meerdere hulpverleningscontacten in het verleden gehad, veelal binnen de jeugdzorg, de verslavingszorg, de (A)GGZ of andere aanpalende hulpverleningsinstanties. Ook na de specifieke forensische behandeling zal er voor veel patiënten een langer lopend hulpverleningstraject noodzakelijk zijn. Traject-denken en circuitontwikkeling zijn termen die inmiddels onlosmakelijk met het forensische werkveld verbonden zijn. De verbindingen tussen de GGZ en de forensische behandelcentra zullen versterkt moeten worden. De mogelijkheden om, in sequentie, een samenhangend behandelaanbod te garanderen zullen vergroot moeten worden. Recente onderzoeken (o.a. het parlementair onderzoek TBS) wijzen op de noodzaak hiervan.

Deze eerste versie van dit landelijke zorgprogramma voor forensisch psychiatrische doelgroepen is nog erg gericht op de intramurale fase van behandelen. Wenselijk is dat in toekomstige versies het preklinische aanbod en het vervolg na een klinische fase (transmuraal, ambulant) verder worden ingevuld. De toepasbaarheid van (onderdelen van) dit zorgprogramma is met nadruk bedoeld voor verschillende behandelvoorzieningen: intramuraal, transmuraal en ambulant. Niet de plaats waar de patiënt verblijft maar de fase in zijn behandeling- en herstelproces, gecombineerd met het benodigde zorg- en beveiligingsniveau, bepalen het behandel aanbod aan de individuele forensische patiënt.

1.2 Waarom zorgprogrammering

Belangrijke argumenten die de ontwikkeling van zorgprogrammering onderbouwen zijn:

- Meer *samenhang* tussen de verschillende onderdelen van het forensische circuit; waardoor er meer mogelijkheid is voor onderlinge samenwerking.
- *Zicht op hulpaanbod*: met behulp van zorgprogramma's wordt inzichtelijk wat een goed hulpaanbod inhoudt voor welke doelgroep. Het feit dat het hulpaanbod gespecificeerd is, maakt het makkelijker het programma up-to-date te houden.
- *Organisatie en planning van de zorg*: met behulp van zorgprogramma's kunnen de activiteiten binnen de inrichtingen georganiseerd worden rond de behandeling van de doelgroep, in plaats van per afdeling.
- *Samenwerking met ketenpartners*: met behulp van zorgprogramma's kan ook bij externe partners samenhang rond doelgroepen (kwantiteit en inhoud) aangebracht worden.
- *Transparantie*: gestructureerde informatie over het zorgaanbod per doelgroep kan beschikbaar gesteld worden, bijvoorbeeld aan patiënten of behandelaren in andere fases van het behandeltraject.
- *Systematisch werken, wetenschappelijke onderbouwing*: toename kwaliteit van werken door een goede onderbouwing van de activiteiten en de mogelijkheden voor behandeling.
- Zorgprogrammering kan ook de mogelijkheid scheppen om het *hulpaanbod uit te breiden* naar nieuwe doelgroepen.

1.3 Zorgprogramma en veiligheid

1.3.1 Het delict in de behandeling

'De behandeling van patiënten in de forensische psychiatrie moet leiden tot vermindering van delictgevaar en moet uitmonden in een zo klein mogelijk risico voor de samenleving' (Parlementair onderzoek TBS, *Parlementair onderzoek TBS*, 2006).

Binnen de forensisch psychiatrische behandelsetting is het doel van de behandeling primair het verminderen van delictrisico's of risico's op agressief/gewelddadig gedrag. In het zorgaanbod staat naast de psychiatrisch/psychologische stoornis het door de patiënt gepleegde delict of risico's op agressief/gewelddadig gedrag centraal. De aanleiding tot het delict en de toedracht van het delict(en) of agressief/gewelddadig gedrag is een belangrijk onderwerp van onderzoek. Bij de veroordeling en oplegging van enige juridische maatregel speelt een verband tussen de geconstateerde stoornis en het gepleegde delict uitdrukkelijk een rol.

Aldus is het delict en de kans op recidive in combinatie met de stoornis een leidend gegeven in de forensisch psychiatrische behandeling. Dit geldt in alle fasen van de behandeling, van begin tot eind. De relatie tussen stoornis(sen) en delict, de kans op delictherhaling en het risicomanagement hiervan zijn specifieke aspecten van het forensisch psychiatrische werken.

1.3.2 Beveiligende zorg, risicomanagement

Zorgprogramma's in de forensische psychiatrie richten zich primair op het verminderen van recidiverisico, preventie. Dit impliceert dat het onderwerp 'veiligheid' opgenomen dient te worden in de beschrijving van het hulpaanbod, het is er immers onlosmakelijk mee verbonden. In de term 'beveiligende zorg' (GGZ Drenthe, 2004) zijn beide aspecten (beveiliging en zorg) opgenomen. Daarom zullen wij hierna deze beschrijving weergeven. Beveiligende zorg is primair gericht op gevaarreductie. Beveiligende zorg kan zowel plaatsvinden onder dwang in een gesloten setting als in een ambulante behandelkader. Het begrip 'beveiligende zorg' is ook te lezen als een vorm van risicomanagement in de brede zin. Immers, ook bij risicomanagement gaat het om een juiste mix van veiligheid en zorg en zijn de gebouwmatige beveiliging, het personeel, de regels, de behandeling en de inschatting (risicotaxatie) van gevaarlijk gedrag op korte en lange termijn cruciale ingrediënten.

In het programma van GGZ Drenthe (2004) wordt beveiligende zorg (c.q. risicomanagement) als volgt omschreven:

In de beveiligende zorg wordt aan de hand van de actuele forensisch psychiatrische diagnostiek per patiënt een goede verhouding van onderstaande elementen in de beveiliging vastgesteld. Beveiligende zorg omvat drie vormen van preventie van gevaar. Forensisch psychiatrische behandeling komt terug in alle drie de vormen, met name in de laatste twee.

Preventie van gevaar

- a Primaire preventie gaat vooral over de materiële en personeelsgetalmatige beveiliging tegen direct gevaar, de bewaking en controle in engere zin:
 - gebouwmatige beveiliging door middel van geslotenheid, overzichtelijkheid, mate van compartimentering, barrières tegen uitbreken en separeerkamers;
 - beveiligingsapparatuur zoals elektronische controle buiten en binnen het gebouw, video, piepers, verlichting;
 - aantal personeelsleden met specifieke beheersing- en de-escalatievaardigheden;
 - regelgeving met betrekking tot de dagelijkse structuur.
- b Secundaire preventie, de beveiliging als gevolg van een positieve relatie tussen patiënten en hulpverleners en patiënten onderling via:
 - kwaliteit van het personeel via hechtingsmogelijkheden, respect, empathisch vermogen, betrouwbaarheid, directheid, grenzen stellend vermogen; kortom, de attitudes met betrekking tot de onderlinge omgang en het bejegeningrepertoire;
 - basisregels met betrekking tot geweld, bedreiging, wapens en drugs;
 - uitgangspunten, zoals afspraak is afspraak, respect en verantwoordelijkheid naar draagkracht;
 - klimaat van de afdeling;
 - op de delictgerelateerde problematiek toegesneden bejegening.
- c Tertiaire preventie is gericht op de toekomst. Het gaat om beveiliging die het gevolg is van effectieve zorg, een geslaagde behandeling via de uitvoering van een individueel behandelingsplan, waarvan onder meer risicotaxatie, delictscenario, delictpreventieplan, signaleringsplan, vrijhedenfasering, resocialisatie en rehabilitatie-activiteiten deel uit maken.

1.4 Uitgangspunten

Bij het ontwikkelen van zorgprogramma's voor forensische doelgroepen wordt rekening gehouden met een aantal uitgangspunten om ervoor te zorgen dat patiënten de best beschikbare behandeling wordt aangeboden.

1.4.1 Empirische fundering/niveaus van bewijsvoering

Een zorgprogramma is zoveel mogelijk gebaseerd op interventiemethodes waarvan in empirisch onderzoek is aangetoond dat zij effectief zijn in het verminderen van het

recidiverisico (het principe van *evidence based practice*). Daar waar overtuigende empirische evidentie ontbreekt, wordt de voorkeur gegeven aan interventies die in tenminste sommige onderzoeken als effectief naar voren komen (het principe van *best evidence*), en/of die in professionele kringen worden gezien als passend, en in het veld brede acceptatie en toepassing genieten (het principe van *best practice*).

1.4.2 **What Works principes**

Op basis van empirisch onderzoek is een aantal algemene aspecifieke principes te formuleren die aan iedere effectieve interventie c.q. behandeling ten grondslag liggen, de *What Works* principes.

Het aantal *What Works* principes varieert nogal per auteur (Andrews e.a., 1990; Hurk & Nelissen, 2004; Laan & Slotboom, 2002; McGuire, 2000; Raynor, 2002). Andrews en Bonta e.a. hebben het meeste wetenschappelijke werk verricht naar de principes die effectief zijn in de behandeling voor forensisch psychiatrische patiënten (zie o.a. Andrews & Bonta, 2006). Hun meta-analyses tonen aan dat hoe meer *What Works* principes er worden toegepast in de behandeling, hoe groter de *effect-size* is van die behandeling. Het gaat daarbij om het percentueel verschil tussen volgens deze principes behandelde en niet volgens deze principes behandelde patiënten. Deze drie *What Works* principes zijn vervat in het RNR-model (risk-need-responsivity) waaraan later het 'integriteitprincipe' als vierde principe is toegevoegd. In de Nederlandse literatuur zijn er goede uiteenzettingen verschenen over deze principes bij behandeling van geweldsdelinquenten (C. de Ruiter & Veen, 2004) en van pedoseksuelen (Van Beek, 2006).

De vier principes worden hierna uitgebreid toegelicht:

Risicoprincipe

De centrale vragen bij dit principe zijn:

- Welke setting is geschikt?
- Hoe lang gaat de behandeling duren?

Het risicoprincipe houdt in dat de intensiteit van de interventie wordt afgestemd op het recidiverisico van de patiënt. Bij een gering risico op recidive kan worden volstaan met een behandeling van geringe intensiteit en/of duur. Een intensieve en langdurige aanpak is vereist bij patiënten met een hoog risiconiveau. Een juiste afstemming van intensiteit en duur van de interventie op de hoogte van het recidiverisico is van groot belang omdat het leidt tot grotere effectiviteit. Een verkeerde afstemming van intensiteit en duur van de behandeling op het recidiverisico kan zelfs een tegenovergesteld effect bewerkstelligen en tot een verhoging van het recidiverisico leiden (Hurk & Nelissen, 2004). Van belang is daarmee dat er een schatting wordt gemaakt van het recidiverisico met zo goed mogelijk gevalideerde risicotaxatie-instrumenten.

Het risicoprincipe heeft overeenkomsten met het *Stepped Care* denken in de GGZ (Meeuwissen & Van Weeghel, 2003). Volgens het uitgangspunt van *Stepped Care* (getrapte zorg) wordt een patiënt in eerste instantie de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden die mogelijk is gezien de aard en de ernst van de problematiek. Pas als deze minimale interventie onvoldoende effect heeft, wordt naar een intensievere interventie overgegaan. In de forensische behandelpraktijk gaat het dan niet alleen om onvoldoende effect maar zeker ook om niet te verantwoorden risico's.

Behoefteprincipe

Centrale vraag bij dit principe is:

- Wat ga je behandelen?

Volgens het behoefteprincipe heeft elk individu zijn eigen individuele samenstelling van factoren die tot crimineel gedrag leiden. Criminogene behoeften kunnen worden onderverdeeld in algemene en specifieke criminogene behoeften. Algemene criminogene behoeften zijn behoeften die bij de meeste delinquenten een belangrijke rol spelen. Specifieke behoeften zijn van belang voor een subgroep of voor een individu. Dynamische factoren kunnen onderscheiden worden in acute en stabiele dynamische factoren. Acute dynamische factoren zijn factoren die van invloed zijn op de timing van het delict, maar die niet de recidive op de lange termijn voorspellen (o.a. Harris, Rice, e.a., 1998).

Volgens het behoefteprincipe moet de behandeling goed aansluiten bij de criminogene behoeften van de patiënt. Criminogene behoeften zijn aanwezige dynamische risicofactoren van de patiënt die direct samenhangen met delinquent gedrag en bovendien door behandeling kunnen worden beïnvloed (Laan & Slotboom, 2002). Behandeling moet zich daarmee richten op de risicofactoren die direct verantwoordelijk zijn voor het delictgedrag. Zij betreffen vaak de patiënt, maar ook diens sociale omgeving en leefsituatie. Het is van belang om onderscheid te maken tussen criminogene en niet-criminogene behoeften. Niet-criminogene behoeften kunnen zorgelijk zijn, maar hangen niet direct samen met delinquent gedrag. Een behandeling die gericht is op niet-criminogene behoeften zal daarom weinig effect hebben op het recidiverisico. Verder dient behandeling zich te richten op problemen die beïnvloedbaar en veranderbaar zijn en niet op statische risicofactoren (factoren die niet door behandeling kunnen worden beïnvloed, zoals feitelijke historische gegevens van de patiënt) (Laan & Slotboom, 2002). De behandeling dient gericht te zijn op de dynamische risicofactoren, zaken die *wel* beïnvloedbaar zijn en aan de patiënt gerelateerd zijn. Het gaat daarbij meestal niet om een enkele criminogene behoefte, maar om een complex van factoren die aandacht verdienen. In principe is de behandeling gericht op risicofactoren die beïnvloedbaar zijn, rekening houdend met andere, bijvoorbeeld meer statische factoren (risk markers) die een indicatie van mogelijke problematiek kunnen geven.

Belangrijk is verder dat beschermende factoren een belangrijke rol spelen in de behandeling (Bender & Lösel, 1997). Het adequaat inzetten van deze sterke punten van de patiënt en/of diens omgeving kan een belangrijk delictpreventief effect hebben.

Responsiviteitsprincipe

Dit principe geeft aan hoe behandeld dient te worden. Een behandelinterventie dient in beginsel afgestemd te zijn op bijvoorbeeld 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 (positief of negatief). Ogloff en Davies (2004) wijzen op factoren die de responsiviteit bevorderen en factoren die deze belemmeren. Veelal wordt er een onderscheid gemaakt naar interne en externe responsiviteit (Hollin, 2004), waarbij de eerste gaat om patiëntenfactoren, en de tweede over de kenmerken van de behandelomgeving en de therapeut. Interne factoren zijn bijvoorbeeld comorbiditeit, maar ook andere neurobiologische en neuropsychologische variabelen zijn van belang. Een belangrijke interne factor die in effectiviteitsstudies in ogenschouw genomen moet worden, is behandelmotivatie (Drieschner, Lammers & Van der Staak, 2004). Externe factoren betreffen eigenschappen van het behandelteam en -setting, maar ook de vorm van de behandeling, aanwezigheid van adequate gedragsinterventies en eigenschappen van de therapeut.

Behandelintegriteit

(De Ruiter en Veen, 2004)

Wanneer is vastgesteld *wat* werkt, is het vervolgens van belang de factoren te identificeren die verzekeren dat de behandeling ook gegeven wordt op de manier waarop zij bedoeld is (integriteit van behandelen).

Hollin (1999) noemt drie fenomenen die een bedreiging vormen voor de behandelintegriteit:

- 1 Afdrijven van het programma (*programme drift*), waarmee hij doelt op het proces waarbij de doelen en uitgangspunten van het programma onsystematisch veranderen over de tijd. De nadruk van een behandelprogramma kan bijvoorbeeld meer komen te liggen op het voldoen aan administratieve eisen in plaats van op het eigenlijke (lange termijn) behandeldoel.
- 2 Programmaomdraaiing (*programme reversal*). Er is sprake van dit fenomeen indien de behandeldoelen direct worden ondermijnd of bedreigd, bijvoorbeeld doordat stafleden agressief gedrag vertonen terwijl het behandeldoel voor de delinquenten is om hun agressie onder controle te krijgen.
- 3 Niet-nakoming van het programma (*treatment non-compliance*). Hiervan is sprake indien de inhoud van het programma of de doelen van een sessie worden veranderd of weggelaten zonder dat daarbij rekening wordt gehouden met de theoretische principes die aan het behandelprogramma ten grondslag liggen.

Richtlijn voor de praktijk

Om de hierboven genoemde bedreigingen van de behandelintegriteit tegen te gaan en de behandeling zo effectief mogelijk te laten zijn, zijn er een aantal aanbevelingen te noemen.

Behandeling

- Een behandelinterventie dient in draaiboeken, protocollen, en modules te zijn vastgelegd om te waarborgen dat een behandeling op een juiste en gestructureerde manier wordt uitgevoerd. Daarnaast zorgt het neerleggen van interventies in modules en draaiboeken voor transparantie over de werkwijze en kunnen effecten beter onderzocht worden, aangezien de interventie repliceerbaar is voor andere professionals (Nezu & Nezu, 2008).
- Van belang is om duidelijk behandeldoelen te stellen in begin- en eindtermen voor iedere behandelinterventie. Dit maakt het mogelijk om per individu te bekijken of de betreffende interventie wel of niet werkt.
- Lerende praktijk: door het voortdurend volgen en evalueren van de behandeling wordt de behandelintegriteit bewaakt en kunnen verbeteringen worden aangebracht. Het volgen en evalueren zou moeten gebeuren op basis van verschillende bronnen, zoals stafleden, onafhankelijke deskundigen en patiënten zelf.
- De recente ontwikkeling van het registreren van werkzaamheden (DBBC-registratie) kan een hulpmiddel zijn om op de lange termijn inzicht te krijgen in welke interventies wel en niet gepraktiseerd worden.

Organisatie/management

- Steun van management: de instelling waarbinnen de behandeling gegeven wordt, moet toegewijd zijn aan het welslagen ervan, zij moet prioriteit geven aan de behandeling en deze niet laten overschaduwden door bijvoorbeeld het beveiligingsaspect (Gendreau, Little, & Goggin, 1996; G. T. Harris & Rice, 1997).
- Realiseer voldoende faciliteiten voor het geven van de behandeling (Hollin, 2001).
- Communiceer met alle medewerkers over de behandeling: de stafleden die geen direct aandeel hebben in de behandeling van de patiënt moeten ook achter de behandeling staan (dit is met name het geval bij behandeling in gevangnissen), vandaar dat het belangrijk is dat ook zij op de hoogte zijn van de behandeling, haar methoden en doelen (Hollin, 2001).
- Stel een goede programmaleider aan die het gehele behandelprogramma coördineert (G.T. Harris & Rice, 1997; Lipsey, 1995). Bij voorkeur een medewerker van de eigen instelling die ervaring heeft met het geven van de behandeling, een effectieve manager is, verantwoording neemt, enthousiasmerend is tegenover de behandelaars en in staat is het overzicht te houden.

Behandelteam/behandelaar

- De persoon van de behandelaar speelt een essentiële rol in de effectiviteit van de behandeling. Hij of zij heeft een cruciale rol in het bewaken van de behandelingsintegriteit, vandaar dat de juiste selectie van stafleden belangrijk is. Hierbij spelen kennis, motivatie, ervaring en de houding ten opzichte van de behandeling een rol. Stafleden moeten warm, empathisch, tolerant en flexibel zijn.
- Gedegen kennis van de psychopathologie is een vereiste, gezien de populatie in forensisch psychiatrische instellingen.
- Behandelaars moeten oog hebben voor de regels die er in de instelling gelden en zij moeten duidelijk en eerlijk zijn tegen hun patiënten (G. Andrews, 1989).
- Multidisciplinaire staftraining om groepsvorming te voorkomen en communicatie te verbeteren (Hollin, 2001). Bij een multidisciplinaire behandeling zijn verschillende professies betrokken.
- Steun aan en supervisie van de behandelaars om *burn-out* en vermindering van motivatie te voorkomen.
- Supervisie draagt eraan bij dat het behandelprogramma op de juiste wijze wordt geïmplementeerd (Bender & Lösel, 1997; Hollin, 1999).

2 Vertaling algemene uitgangspunten naar specifieke doelgroep

Binnen de individuele behandeling worden afspraken gemaakt over de wijze waarop modules en trajecten vorm krijgen en welke processen bij de patiënt worden nagestreefd, c.q. plaatsvinden. Voor de fasen waarin de patiënt zich buiten de kliniek begeeft, kunnen instellingen en aanbieders op basis van de programmabeschrijving afspraken maken over de wijze waarop het samenhangende hulpaanbod (het totaal van modules en trajecten) geleverd kan worden, welke indicaties daarvoor gesteld moeten worden, en hoe een en ander organisatorisch en financieel wordt afgehandeld.

Het zorgprogramma voor psychotisch kwetsbare forensisch psychiatrische patiënten is ingedeeld naar de drie fasen van Herstel. Binnen dit Herstelmodel (ontwikkeld op de universiteit van Boston, VS) worden de fasen omschreven die mensen doorlopen wanneer zij ziek worden; het model is daarmee niet alleen van toepassing op personen met een psychiatrische ziekte, maar geldt evenzeer voor mensen die een andere ernstige (somatische) ziekte of ongeluk krijgen.

- I In de eerste fase, de fase van 'stabilisatie', zijn interventies gericht op het stabiliseren en verminderen van symptomen en klachten. Hierdoor wordt deze fase ook wel de 'acute fase' genoemd. Het gaat in deze fase om behandeling in enge zin.
- II In de fase daarna doorloopt de patiënt een fase waarin hij/zij zich heroriënteert op de gevolgen van het ziek zijn ('heroriënteringfase'). 'Wat betekent het om met deze ziekte te moeten leven en welke gevolgen heeft dat voor mij en mijn omgeving', zijn daarbij belangrijke vragen. Het verwerken van de gevolgen van het ziek zijn neemt in deze fase een belangrijke plaats in. Een belangrijk onderdeel van deze fase is het proces van rouwverwerking: het proberen te accepteren van de ziekte en de bijbehorende handicaps en beperkingen is vaak een langdurig en intensief proces dat veel steun en begrip van zowel hulpverlening als omgeving vraagt.
- III In de derde fase ten slotte zal de herstellende patiënt zich een nieuwe plek in de maatschappij proberen te verwerven, met inachtneming van zijn handicaps en beperkingen. Deze fase wordt de re-integratiefase genoemd.

Herstellen is een individuspecifiek proces en dat betekent dat de inhoud van de hulpverlening, evenals ook de fasering daarvan per individu wordt bekeken. Vanuit die visie volgt de hulpverlening als het ware het herstelproces van de individuele patiënt en stelt het deze in staat om zijn proces van herstel te doorlopen. De apart van elkaar beschreven fasen binnen dit model dienen om het proces inzichtelijk te maken. De indeling is echter in de praktijk niet absoluut, integendeel. Een patiënt, en daarmee ook zijn behandeling, kan zich tegelijkertijd in verschillende fasen bevinden. Immers,

een psychotisch kwetsbare patiënt die vanuit een klinische behandelomgeving bezig is door te stromen naar een extramurale voorziening bevindt zich weliswaar in de fase van 're-integratie', maar dat betekent niet dat de hulpverlening die gericht is op het verminderen van zijn symptomatologie ('stabiliseringfase') en het verwerken en leren accepteren van zijn kwetsbaarheden en handicaps ('heroriënteringfase'), niet meer nodig is!

Bovendien is het mogelijk dat een patiënt een terugval doormaakt waardoor (tijdelijk) meer nadruk gelegd dient te worden op modules uit eerdere fasen.

De Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (GGZ, 2005) schetst het samenhangend hulpaanbod aan patiënten met schizofrenie vanuit het perspectief van de algemene geestelijke gezondheidszorg, c.q. de algemene psychiatrie. In deze richtlijn zien we een opbouw van in intensiteit steeds toenemende zorg, uiteindelijk uitmondend in een opname van de patiënt in een gesloten inrichting. Het onderhavige programma maakt weliswaar deels gebruik van dezelfde kennis als de multidisciplinaire richtlijn, maar krijgt door de specifieke doelstelling en doelgroep een andere vorm. Immers bij forensische patiënten met psychotische kwetsbaarheid begint het af te leggen traject vaak al in de kliniek (of zelfs daarvoor, in een penitentiaire inrichting; hoe dan ook gaat het om een gesloten setting). Daarnaast is er overigens ook een groep bij wie de behandeling ambulante gestart wordt. Daarbij kan gedacht worden aan de verschillende forensisch psychiatrische poliklinieken die er in het land zijn of aan de forensische ACT-teams die thans in ontwikkeling zijn. In geval van zowel een ambulante of klinische behandeltraject is het doel om de patiënt middels behandeling weer tot een niveau van functioneren te brengen waardoor hij (of zij) zo optimaal mogelijk (en veilig) maatschappelijk kan re-integreren, met zo min mogelijk professionele hulp (lees: niet te weinig!).

In veel gevallen komt de patiënt in de forensische setting terecht na het opleggen van een strafrechtelijke maatregel. Er is ook een grote groep forensisch psychiatrische patiënten die niet met een strafrechtelijke maatregel in de forensische psychiatrie terecht komt. In beide gevallen is de opdracht om delictrisico te verminderen en toekomstig gevaar af te wenden en liefst te voorkomen door vooral de psychiatrische stoornis (i.c. de psychotische kwetsbaarheid) adequaat te behandelen.

De forensisch psychiatrische patiënt met een psychotische stoornis heeft zelden een op verbetering van zijn stoornis gerichte hulpvraag en meldt zich daarom zelden zelf voor een delictpreventieve psychiatrische behandeling. Het gebrek aan ziektebesef en ziekte-inzicht is onderdeel van die psychiatrische stoornis. Aanvankelijk heeft de patiënt geen zorgvraag en bestaat er een verschil van mening over de zorgvraag tussen de patiënt en zijn omgeving en behandelaars. Dat verschil van mening over de zorgvraag blijft in de regel nog geruime tijd doorwerken. Het is van belang te streven naar overeenstemming en eventuele verschillen in zorgvraag zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen en te integreren in een behandel- en/of begeleidingstraject. Het specifieke van de forensisch psychiatrische behandeling is om zodanig aan inzicht en motivatie te werken dat de vraag om bescherming en veiligheid van de maatschappij en de hulpvraag van de patiënt elkaar zoveel mogelijk overlappen. In geval van een aanhoudend

blijvende weigerende houding van de patiënt dient behandeling onder dwang te worden overwogen, voor zover de behandeling al niet onder een strafrechtelijke titel plaatsvindt.

2.1 Doel

2.1.1 Doelen van dit zorgprogramma

Patiëntgericht

- Een gerichte behandeling van de psychotische stoornis en het mede daardoor verminderen van delictrisico's.
- Een gerichte aanpak van comorbide stoornissen of problematiek, die op zichzelf staan en delictrisico's met zich meebrengen of die interfereren met de psychosebehandeling.
- Het aanbieden van specifieke procedures of methodieken die delictrisico's verminderen door gedragsstoornissen of gedragsproblemen onder controle te brengen van de patiënt en zijn omgeving (vroegsignalering, terugvalpreventie, impulsregulatie en emotieregulatie).
- Het in kaart brengen van de uiteindelijk noodzakelijke leef/woonomgeving waarin de aspecten zorg, toezicht en beveiliging zijn opgenomen.
- Het streven naar de optimale balans tussen de mate van zorg/beveiliging die nodig zal blijven en de zo groot mogelijke, ook door de forensisch psychiatrische patiënt gewenste mate van vrijheid/autonomie.

Ketengericht

- De samenwerking tussen de forensische instellingen en voorzieningen regionaal en landelijk bevorderen, zodat dit de zorg voor de forensisch psychiatrische patiënt met psychotische kwetsbaarheid ten goede komt. Dit komt tot uiting in minder breuken in de zorg, kortere wachttijden voor doorplaatsingen en daadkrachtig en flexibel bieden van beveiliging en zorg bij crisissituaties.
- De te strikte scheiding tussen forensisch psychiatrische instellingen en de reguliere GGZ-voorzieningen verminderen, daar waar dat in het belang van de patiënt en van de samenleving verantwoord kan plaatsvinden.

Kwaliteitsgericht

- Bij de zorg voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid zoveel mogelijk aansluiten bij de geldende Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie GGZ.
- Het integreren en evalueren van *best practice* verslavingsgerichte interventies en modules binnen het zorgprogramma.
- Het evalueren van bestaande modules en het ontwikkelen van nieuwe modules.

2.1.2 Subdoelen van dit zorgprogramma

Kenmerkend voor de hieronder volgende doelen is dat er zowel stoornisgerelateerde doelen zijn als delicttriscogerelateerde doelen. De subdoelen zijn:

- symptoomreductie
- acceptatie van de psychotische kwetsbaarheid en verminderd functioneren
- vroege voortekenen herkennen en terugval voorkomen
- vaardig omgaan met psychofarmaca
- misbruik van middelen voorkomen en/of schade door misbruik beperken
- agressief gedrag leren voorkomen en/of op tijd stoppen
- zelfbeschadiging of suïcidaal gedrag voorkomen
- verbetering van de zelfzorg en verzorging van de omgeving
- zelfstandig leren functioneren (lezen, schrijven, vervoer, werk)
- leren hanteren van seksueel agressieve impulsen en behoeften
- verbetering van communicatie, sociaal functioneren en probleemoplossend vermogen
- ontwikkelen van vaardigheden m.b.t. vrije tijd, recreatie en financiën

2.2 Doelgroep

De doelgroep betreft patiënten vanaf achttien jaar met psychotische kwetsbaarheid en eventueel bijkomende comorbide stoornissen, die een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen vanwege het plegen van één of meerdere (ernstige) delicten, of bij wie sprake is van een verhoogd delicttrisiko.

Bij het merendeel van deze patiënten werken de psychotische stoornis, eventueel aanwezige comorbide persoonlijkheidsstoornis(sen) en andere comorbiditeit (verslaving, seksueel agressieve problematiek, agressieproblematiek) op complexe wijze op elkaar in bij het ontstaan van het delict of delicttrisiko. Er is een fors verhoogd risico op toekomstig ongewenst of delinquent gedrag als forensische behandeling uitblijft. Een uitsluitend op terugkeer in de maatschappij gerichte aanpak is in het algemeen onvoldoende gebleken. Vaak heeft de comorbide persoonlijkheid- en/of verslavingsproblematiek het ontstaan van een werkrelatie en een adequate onderkenning en behandeling van de psychotische stoornis binnen de GGZ in de weg gestaan. De patiënt vermijdt zorg of zorgt in de GGZ voor beheers- en bejegeningproblemen, vaak ingegeven door het strafbare en potentieel gevaarlijke gedrag van de patiënt. Hierdoor treedt eerder uitstoting op vanuit de reguliere hulpverlening dan dat deze groep adequaat in zorg wordt genomen en gehouden. Verslavingsproblematiek en verslavingsgerelateerd gedrag stonden vaak al eerdere behandeling of motivatie voor behandeling in de weg. Psychiatrische opnamen (indien al aanwezig) waren vaak onvrijwillig en kortdurend en werden vaak tegen advies in beëindigd. Als de patiënt nog een sociaal netwerk heeft, biedt dit soms steun, maar vaak is de onderlinge beïnvloeding nog wederzijds emotioneel belastend (EE-concept). De patiënt kan soms nog in contact staan met een crimineel milieu en terugvallen op criminele overlevingsstrategieën, beschikt over beperkte, eenzijdige copingstrategieën of functioneert volgens rigide denkschema's. Soms worden de delicttrisiko's vooral bepaald door een zeer ernstig, invaliderend psy-

chotisch beeld, vaak een vorm van schizofrenie, met een beperkte of ontbrekende reactie op medicamenteuze behandeling. De patiënt neemt dan zijn omgeving voortdurend op psychotisch vertekende wijze waar. Een te intrusieve bejegening leidt tot een psychotische ontregeling waardoor er sprake kan zijn van een verhoogd delictrisico.

Voor patiënten die zowel een psychotische kwetsbaarheid hebben als een persoonlijkheidsstoornis, denk bijvoorbeeld aan een antisociale of narcistische persoonlijkheidsstoornis, is het nog moeilijker om te accepteren dat zij door een stoornis beperkingen hebben, waardoor zij niet datgene kunnen bereiken wat zij zouden willen. Dit verlies van toekomstperspectief treedt op bij bijna alle patiënten met een vorm van schizofrenie, maar de groep patiënten met een meer antisociale persoonlijkheidsopbouw zal zich datgene waarvan zij menen dat het hen toebehoort op antisociale wijze toe-eigenen.

Van de verschillende vigerende modellen (o.a. Impairmentmodel, sociale rolmodel) is het *kwetsbaarheidmodel* (Ormel, Neeleman, & Wiersma, 2000) algemeen geaccepteerd als uitgangspunt voor zowel onderzoek naar als praktische begeleiding bij schizofrenie. Kernbegrippen bij het kwetsbaarheidmodel zijn drie belangrijke kenmerken van psychotisch kwetsbare patiënten, te weten: kwetsbaarheid, stress en coping.

Kwetsbaarheid

Schizofrenie is een hersenziekte die gepaard gaat met belangrijk functieverlies en blijvende kwetsbaarheden en beperkingen. Deze spelen op de volgende gebieden:

- vasthouden en flexibiliteit van de aandachtselectie van relevante informatie
- capaciteit van de informatieverwerking
- perceptie
- het begrijpen van taal
- het organiseren van geheugen en het reproduceren van informatie
- het abstractie- en voorstellingsvermogen

Kenmerkend is dat patiënten moeite hebben met het verwerken van informatie waarbij bewuste aandacht nodig is voor controle van de verwerking. Daarnaast kan kwetsbaarheid voorkomen uit persoonlijkheidsproblematiek en verslavingsproblematiek. Dan gaat het voornamelijk over de samenwerkingsproblemen of de onderlinge versterking, in negatieve zin, van de verschillende stoornissen.

Stress en Expressed Emotion (EE)

Gebleken is dat een terugval bij schizofrene patiënten vaak voorafgegaan wordt door stress. Daarbij gaat het minder om de bekende grotere *life-events* zoals dood, scheiding etc. die door iedereen als belastend ervaren worden, maar om relatief milde dagelijkse ongemakken, die als irritant of frustrerend worden ervaren doordat ze de dagelijkse regelmaat kort verstoren. In dit verband is communicatie die gekenmerkt wordt door emotioneel gekleurde opmerkingen, met vijandigheid, kritiek of overbetrokkenheid (hoog EE-klimaat) destabiliserend voor schizofrene patiënten. Een ade-

quaat behandelklimaat wordt daarmee gekenmerkt door een laag niveau van ervaren stress en is sterk ego-supportief van opzet.

Coping

Coping kan worden gedefinieerd als de inspanning (cognitief en gedragsmatig) die iemand levert om te voorkomen dat stress boven een bepaalde drempelwaarde komt. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen probleemgerichte en emotiegerichte coping.

Bij probleemgerichte coping ervaart iemand dat het mogelijk is de stressor te controleren en te reduceren door doelgericht gedrag. Emotiegerichte coping is vooral zelfbeschermend en angstdempend. Voorbeelden zijn: vermijding, middelenmisbruik of agressief gedrag. Hoewel op de korte termijn daarmee overstimulatie wordt voorkomen, leidt deze strategie later weer tot nieuwe bronnen van stress.

Het ontstaan en beloop van psychotische stoornissen gaat gepaard met een verminderd vermogen tot informatieverwerking, maar ook met verlies van vaardigheden, sociale relaties, rollen en posities en daaraan gerelateerd het verlies van zelfvertrouwen en toekomstperspectief. Dit verlies kan verschillende emotionele reacties oproepen die te vergelijken zijn met emoties die tijdens een rouwproces optreden. Deze rouwreacties kunnen vaak verward worden met de negatieve symptomen die ook bij de ziekte kunnen optreden. Doordat verlies een belangrijk kenmerk is van de psychotische stoornissen spelen rouwprocessen een belangrijke rol.

Bovenstaande laat zien dat de doelgroep een heterogene groep is. Denkend vanuit het responsiviteitsprincipe en om een overzichtelijk behandelaanbod en -doel te kunnen formuleren is gekozen voor de indeling in twee subgroepen naar draagkracht (iksterkte):

- 1 Patiënten met psychotische kwetsbaarheid die dusdanig verbeteren en stabiliseren dat de (positief) psychotische symptomen naar de achtergrond verdwijnen en de comorbide stoornissen op de voorgrond treden. De comorbiditeit wordt bewerkbaar omdat negatieve symptomen, cognitieve stoornissen en/of desorganisatie beperkt zijn qua ernst. Behandelmodules die gericht zijn op het ontwikkelen van (cognitieve) zelfcontrole en vaardigheden kunnen toegepast worden. Ziektebesef en -inzicht ontwikkelen zich gaandeweg de behandeling. Naast een signaleringsplan kan gewerkt worden aan een terugvalpreventieplan, waarvan verwacht mag worden dat dit daadwerkelijk bijdraagt aan een vermindering van delictisico's.

2 Patiënten met psychotische kwetsbaarheid die slechts beperkt verbeteren, bij wie positief psychotische symptomen aanwezig blijven en/of bij wie ernstige negatieve symptomen, cognitieve stoornissen en/of desorganisatie op de voorgrond blijven staan. Behandelmodules die een beroep doen op informatieverwerkingsprocessen kunnen hierdoor niet, of slechts moeizaam toegepast worden. Ziektebesef en –inzicht komen niet of beperkt tot stand. De signaleringsplan-aanpak leidt vaak tot een eenzijdig signaleringsplan. Als het mogelijk is een signaleringsplan te maken lukt het niet om een terugvalpreventieplan op te stellen waarvan verwacht mag worden dat dit daadwerkelijk bijdraagt aan vermindering van delictrisico's. Nota bene: in/achter het psychotisch beeld schuilgaande comorbide stoornissen kunnen het gedrag en/of psychotische verschijnselen kleuren.

In de hierna volgende hoofdstukken worden de fasen van diagnostiek, behandeling en resocialisatie beschreven.

3 Diagnostische fase

In dit hoofdstuk worden de verschillende onderdelen die de diagnostiekfase omvatten beschreven.

3.1 Doel diagnostische fase

Het doel van de diagnostische fase is het zo volledig mogelijk in kaart brengen van de symptomatologie van de patiënt en de kenmerkende gedragspatronen zodat een accurate diagnostische omschrijving gemaakt kan worden. Deze vormt de basis die aanknopingspunten biedt voor de behandeling. Ook is de diagnostische fase en de beschrijving van de diagnostiek een ijkpunt in tijd (een zogenaamde nulmeting, waaraan veranderingen afgemeten kunnen worden). Latere diagnostische onderzoeken, zogenaamde herhalingsmetingen, geven zicht op het beloop van de stoornis en op effecten van de behandeling.

Bij het stellen van de diagnose is het belangrijk om verschillende invalshoeken in het diagnostisch proces op te nemen, denk aan psychose, levensloop, cultuur, gedrag en verslaving. De aldus ontstane descriptieve diagnose wordt daarna omschreven in de termen van het DSM-IV classificatiesysteem.

De verbondenheid van de stoornis en het delict maakt dat risicotaxatie (recidive-risico) een belangrijk onderdeel vormt van het diagnostisch proces. Hierbij geldt dat gedragsmatig en gedragskundig onderzoek een belangrijke rol speelt bij de bepaling van het recidiverisico van een bepaalde patiënt. De psychiatrische diagnose draagt voor een beperkt deel bij aan de factoren die van belang zijn voor een verhoogd recidiverisico. Situatieve factoren en een belastende voorgeschiedenis vormen een meer predictieve basis voor risicovol handelen. Het is vooral op dit gebied dat de gestructureerde risicotaxatie zijn meerwaarde toont.

3.2 Organisatorische aspecten

3.2.1 Start van de diagnostische fase

Het straf- en medisch dossier wordt door de behandelende instelling opgevraagd en dit markeert het begin van de diagnostiekfase. In geval van een intake vindt daar de start van de diagnostische fase plaats.

Het diagnostisch proces wordt in eerste instantie aan het begin van het behandeltraject uitgevoerd maar dit proces dient gedurende het gehele verdere behandeltraject een belangrijke rol te blijven spelen. Denk hier aan herhalingsonderzoek, bijstelling van behandeldoelen op grond van nadere diagnostische gegevens, risicotaxatieonderzoeken.

3.2.2 Duur van de diagnostische fase

Zoals hiervoor gesteld dient deze fase gedurende de gehele behandeling door te lopen. De diagnostiekfase is een zeer belangrijke fase voor het in te zetten behandeltraject; in deze fase wordt de basis gelegd voor de beschrijving van de kernproblematiek van de patiënt, welke opgenomen dient te worden in vrijwel alle documenten die voor de behandeling van belang zijn en welke van belang blijft bij alle stappen die de patiënt in de behandeling maakt (overplaatsingen naar andere instellingen). Logischerwijs volgt indicatiestelling op de diagnostische fase.

3.2.3 Instrumenten, bronnen en criteria

Het is niet de intentie om diagnostische instrumenten voor te schrijven. Hier geldt dat in het kader van dit zorgprogramma richtlijnen en kaders worden gegeven waarbinnen de specifieke instrumentkeuze aan de instellingen voorbehouden blijft. Richtlijnen geven wel de kaders aan waarbinnen op een wetenschappelijke verantwoorde wijze een keuze gemaakt kan worden voor diagnostische instrumenten. Het spreekt voor zich dat ook dit een continu proces is, waarbinnen zich nieuwe ontwikkelingen aandienen en nieuwe onderzoeksresultaten opgenomen dienen te worden.

De richtlijnen voor de diagnostiek in dit zorgprogramma komen voort uit de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Voor het vaststellen van de psychiatrische diagnose worden de criteria gehanteerd uit de DSM-IV-TR.

3.2.4 Moment van afname

Het eerste diagnostisch onderzoek wordt uitgevoerd aan het begin van de behandeling. Het is een eerste meting, in de loop van de behandeling dient er herhalingsonderzoek uitgevoerd te worden. Het onderzoek is uitgebreid en derhalve tijdsintensief, een herhalingsmeting elk jaar is in vele gevallen niet haalbaar. Gekozen wordt nogal eens om het herhalingsonderzoek om het jaar uit te voeren. Veranderingen en effecten van behandeling kunnen op deze wijze voor de individuele patiënt in de loop van de tijd nader beschouwd worden. Tevens kunnen deze onderzoeksgegevens dienen voor het uitvoeren van verschillende onderzoekingen over grotere groepen patiënten.

3.2.5 Wijze van verslaglegging

De uitgebreide verzameling gegevens, zowel de testgegevens als de beschrijvingen van de voorgeschiedenis, anamnese en heteroanamnese, worden gebundeld in een zogenaamd diagnostisch rapport. Hierin worden de hypothesen verwoord die gevormd zijn op grond van al het onderzoeksmateriaal als ook de aanknopingspunten die hieruit afgeleid worden voor de behandeling. Veelal is een diagnostisch rapport een lijvig document. Belangrijk is dat de gegevens en de bevindingen ook met de patiënt bespro-

ken worden door de psychodiagnosticus en de psychiater die onderzoeksdelen voor hun rekening genomen hebben.

3.2.6 Integratie in de behandeling

Het eerste diagnostische rapport dient in brede kring in het psychiatrisch forensisch behandelcentrum waar de patiënt verblijft, besproken te worden. Het is belangrijk dat er binnen het behandelend team gedegen kennis is over de pathologie van de patiënt omdat dit het uitgangspunt is voor de te starten behandeling. In het geval van herhalingsmetingen is dit evenzeer van belang omdat het herhalingsonderzoek opnieuw de basis vormt van de verder vorm te geven behandeling. Veelal zullen wijzigingen of accentverschuivingen aangebracht moeten worden op grond van de bevindingen van het herhalingsonderzoek.

Het belang van de kennisdeling over de diagnostische rapportages binnen een forensisch behandelinstituut is aldus groot en het verdient aanbeveling om aparte besprekingen voor de diagnostische rapportages te organiseren.

3.3 Inhoud diagnostiek

Bij het stellen van de diagnose kan worden aangehaakt bij de definitie van ziekte van de WHO. Bij elke individuele patiënt moeten de volgende drie aspecten in zo concreet mogelijke termen worden beschreven: de aard en ernst van de stoornis(sen), de daaruit voortvloeiende beperkingen en/of handicaps en het verlies van diverse rollen.

Specifiek voor de forensische diagnostiek geldt dat het delict (inclusief antecedente condities) en het recidiverisico zo nauwkeurig mogelijk worden omschreven en geanalyseerd.

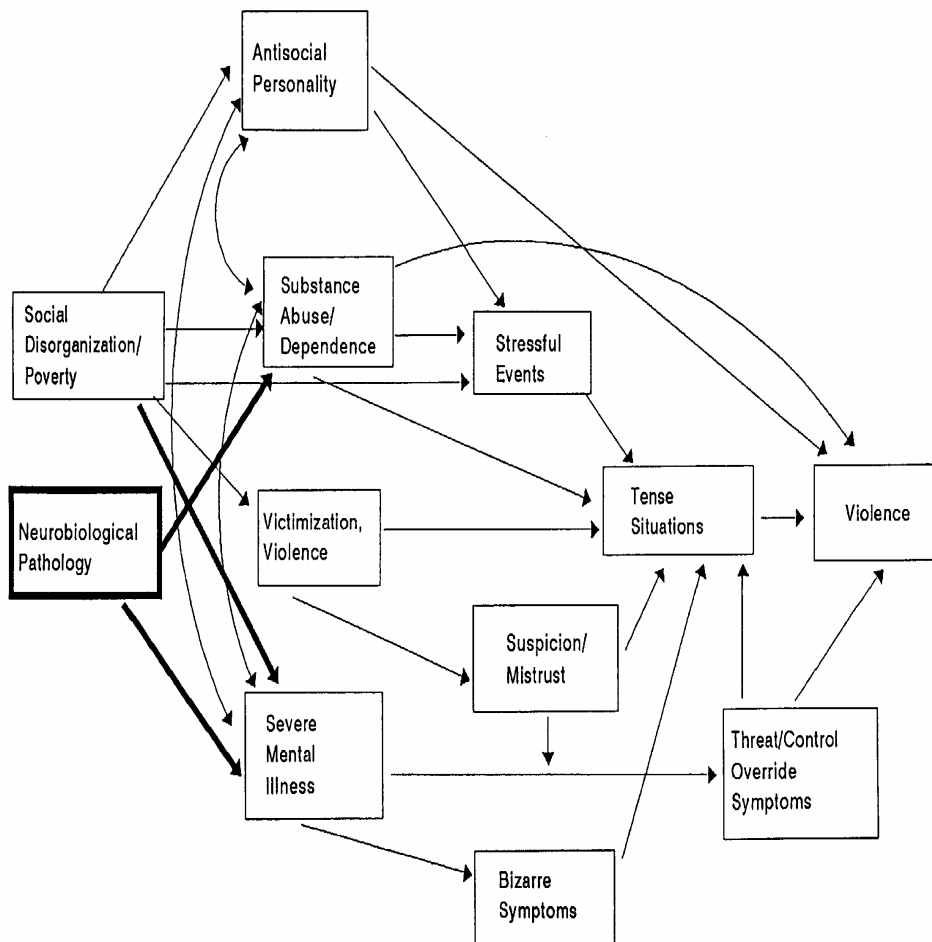
Het is belangrijk om verschillende invalshoeken in het diagnostisch proces op te nemen (denk bijvoorbeeld aan psychose, levensloop, cultuur, systeem, gedrag en verslaving). De aldus ontstane descriptieve diagnose wordt daarna, zo mogelijk, omschreven in de termen van het DSM-IV-TR classificatiesysteem.

Ook is somatische diagnostiek van belang. Daarnaast mogen motivationele en beschermende factoren in de diagnostiek niet ontbreken.

De verbondenheid van de stoornis en het delict maakt dat risicotaxatie (gestructureerde inschatting van het recidiverisico) een belangrijk onderdeel vormt van het diagnostisch proces. Gedragmatig en gedragskundig onderzoek speelt een belangrijke rol bij de bepaling van het recidiverisico van de patiënt.

De psychiatrische diagnose draagt voor een beperkt deel bij aan de factoren die van belang zijn voor een verhoogd recidiverisico. Zo concludeert Hiday (1997) dat weliswaar neurobiologische factoren de oorzaak zijn van ernstige psychiatrische stoornis-

sen, maar dat sociale factoren daarbij noodzakelijk aanwezig dienen te zijn om te kunnen verklaren dat patiënten tot ernstige gewelddadige gedragingen komen. Situationele factoren en een belastende voorgeschiedenis vormen een meer predictieve basis voor risicovol handelen. Hiday heeft de verschillende factoren die een rol kunnen spelen bij een delict of gewelddadig handelen in onderstaand schema bijeen gebracht. Onderaan in dit schema is de directe relatie tussen psychotische stoornissen en agressief gedrag te lezen. Belangrijk hierin is dat deze leidt tot bizarre overtuigingen die het individu, net als andere omstandigheden/invloeden, onder grote druk zetten, waardoor de kans op agressief gedrag toeneemt, al dan niet vanuit het principe van de threat/control override symptoms. Dit principe houdt kort gezegd in dat agressief gedrag gebruikt wordt om het angst-/stressniveau omlaag te brengen in het individu.



3.4 Psychiatrische diagnostiek

3.4.1 Anamnese

Het psychiatrisch onderzoek in algemene zin richt zich op alle functiegebieden. Naast deze algemene psychiatrische functiegebieden verdienen in het psychiatrisch onderzoek van de psychotische patiënt de volgende gebieden bijzondere aandacht:

- aandachtsstoornissen
- waarnemingsstoornissen
- formele en inhoudelijke denkstoornissen
- stoornissen van het gevoelsleven
- bewegingsstoornissen
- ziektebesef en -inzicht
- neurobiologische stoornissen
- middelengebruik

Naast bovenstaande wordt ook in kaart gebracht of naast de psychotische stoornis nog andere klachten, problemen of stoornissen aanwezig zijn. Screenende vragen worden gesteld naar bijvoorbeeld onaangepast gedrag in de kindertijd (bijvoorbeeld ADHD), verslavingsproblematiek, traumatisering, habituele wijzen van omgang met anderen. Het verdient aanbeveling om differentiaal diagnostisch stoornissen in het autistisch spectrum indien mogelijk uit te sluiten, of om daarnaar verder onderzoek in te stellen. De verkregen informatie kan de vraagstelling in het psychologisch testonderzoek verfijnen of specificeren.

3.4.2 Heteroanamnese

Aanvullend vindt er zoveel mogelijk een heteroanamnese plaats bij de familie en eventueel anderen in de huidige of vroegere omgeving van de patiënt. Het verkrijgen van heteroanamnestische gegevens is van belang omdat een groot aantal patiënten zich niet of slechts ten dele bewust is van de aanwezigheid van een psychiatrische aandoening. Belangrijke onderwerpen in de anamnese en heteroanamnese zijn veranderingen in het sociale functioneren van de patiënt, veranderingen in stemming en het gebruik van drugs. Gericht informeren naar het bestaan van psychotische symptomen is eveneens van belang omdat veel patiënten niet spontaan over alle relevante symptomen rapporteren. Er kan ook gericht doorggevraagd worden naar klachten, problemen of stoornissen, waarover schaamte bestaat of die, niet ongebruikelijk in de forensisch psychiatrische praktijk, worden verzwegen of verhuld. Voor het uitsluiten van stoornissen in het autistisch spectrum is informatie van belang over het (sociale) gedrag in de kindertijd. Hiervoor is een goede heteroanamnese bij mensen uit de vroegere omgeving van de patiënt (familie, leerkrachten) van groot belang.

3.4.3 Medisch-somatische diagnostiek

Mede doordat psychotische stoornissen een neurobiologische grondslag hebben is bij aanvang van de behandeling een grondig lichamelijk en neurologisch onderzoek van groot belang. Op indicatie kan aanvullend laboratorium- of hulponderzoek verricht worden, bijvoorbeeld een HIV-test of een MRI-scan van de hersenen.

3.4.4 Diagnostische interviews

Anamnese en heteroanamnese worden verkregen door gesprekken met de patiënt en belangrijke personen uit het (ook vroegere) netwerk van de patiënt. Er bestaan binnen de algemene psychiatrie sinds enkele decennia gestructureerde en semigestructureerde diagnostische interviews die behulpzaam kunnen zijn bij anamnese en differentiële diagnostiek. Men kan hiermee systematisch nagaan of bepaalde symptomen aanwezig dan wel afwezig zijn.

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie is het zinvol om bij iedere patiënt bij wie gedacht wordt aan een schizofrene stoornis een semigestructureerd interview af te nemen (CASH, SCAN, SCID).

3.5 Psychologische diagnostiek

Naast de gegevens van anamnese en heteroanamnese wordt er bij patiënten een (neuro)psychologisch onderzoek afgenomen. Dit onderzoek omvat onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken, overige psychopathologie, capaciteiten (intelligentie), vaardigheden en interesses, en cognitieve functiestoornissen.

Het is belangrijk om het (neuro)psychologisch onderzoek niet af te nemen in de acute fase van de psychotische stoornis maar bij voorkeur wanneer de patiënt in psychiatrische zin voldoende is gestabiliseerd zodat de testresultaten niet te veel worden beïnvloed door het toestandsbeeld.

3.5.1 (Neuro)psychologisch onderzoek

Een (neuro)psychologische testbatterij richt zich op de volgende functiegebieden:

- intelligentie
- aandacht en concentratie
- leren en geheugen
- executieve functies

Bij het doen van (neuro)psychologisch testonderzoek wordt aangeraden de richtlijn van het NIP ten aanzien van testgebruik te volgen en gebruik te maken van testen die door de COTAN betrouwbaar en valide zijn bevonden.

Bij naar schatting 50% van de patiënten met een kwetsbaarheid voor psychoses worden neuropsychologische stoornissen gevonden. Functies als concentratie, geheugen, planning, abstract redeneren, conceptformatie, impulsregulatie, besluitvormingsvermogen en vigilantie kunnen zijn aangetast (Aleman, Hijman, De Haan & Kahn, 1999; Nieuwenstein, Aleman & De Haan, 2001). Deze functiestoornissen kunnen grote invloed hebben op het persoonlijke, het praktische en het sociale functioneren van de patiënt. De ernst van de stoornissen is medebepalend voor de mate waarin de patiënt in staat is te profiteren van de aangeboden behandeling, in het bijzonder psychosociale vaardigheid- en revalidatietrainingen. Sommige patiënten onthouden immers heel weinig van het aangeboden materiaal. Een nader inzicht in de aard en de ernst van de stoornissen kan dan bijdragen aan een op de patiënt toegesneden behandelplan. Verder is het belangrijk om het niveau van intellectueel functioneren van de patiënt te kennen.

3.5.2 Persoonlijkheidsonderzoek

Het is van belang om op het gebied van het persoonlijkheidsonderzoek enige voorzichtigheid te betrachten, in die zin dat het bij de patiënten die de doelgroep van dit zorgprogramma vormen in eerste aanleg gaat om de psychotische stoornis, in DSM-IV-TR termen: de As-1 stoornis. De diagnostiek naar de persoonlijkheidskenmerken en eventueel -stoornissen is echter wel belangrijk omdat ook deze persoonlijkheidseigenschappen het gedrag van de patiënt bepalen. Zoals eerder gezegd dient de psychotische stoornis voldoende in remissie te zijn voordat er een persoonlijkheidsonderzoek kan worden afgenomen. Bij twijfel, of bij verdergaande verbetering gedurende de behandeling kan op een later moment het persoonlijkheidsonderzoek herhaald worden om zo een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Het kan immers zijn dat bij een goede reactie op een medicamenteuze behandeling de eerder aanwezig geachte persoonlijkheidskenmerken verbleken, of juist sterker op de voorgrond komen te staan wanneer de psychose zelf verbleekt. Anderzijds kan het ook zijn dat medicamenteuze behandeling niet van invloed is op de persoonlijkheidskenmerken van de patiënt en dat in de loop van de tijd blijkt dat juist deze kenmerken van belangrijke invloed zijn op het gedrag van de patiënt. De Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie vermeldt in dit verband ook dat gedurende het forensisch diagnostisch onderzoek een persoonlijkheidsonderzoek geïndiceerd kan zijn.

Persoonlijkheidsdiagnostiek vormt een belangrijk onderdeel van het diagnostisch proces, maar zeker in de beginfase van diagnostiek en behandeling moeten de uitkomsten ervan met voorbehoud gehanteerd worden. Conclusies op dit gebied kunnen veelal pas na verloop van (behandel)tijd met meer zekerheid gesteld worden. Het verdient aanbeveling om gebruik te maken van de combinatie van zowel zelfrapportage instrumenten als meer structureel dynamische instrumenten en projectief materiaal.

Voor de laatste omschrijving van de betrouwbaarheid en validiteit van de diverse testen verwijzen wij naar de COTAN.

3.6 Aanvullend onderzoek

3.6.1 Milieuonderzoek en netwerk

Onderzoekers (o.a. Hiday, 1997) komen tot de conclusie dat situatieve en sociale factoren en factoren uit de voorgeschiedenis een belangrijke bijdrage leveren aan de voorspelling van recidive, los van de diagnose met betrekking tot de psychotische stoornis. In dit verband verdient het sociale netwerk van de patiënten zowel in diagnostische als behandel- en resocialisatiefase een belangrijke plaats.

De bevindingen van onderzoek naar de belangrijke personen uit het netwerk van patiënten dienen te worden opgenomen in het diagnostisch rapport. Onderliggend is de gedachte dat het sociale netwerk beschouwd moet worden als risicoversterkende of risicoreducerende factor. De structuur en kenmerken van het sociale netwerk van een specifieke patiënt worden gerelateerd aan de diverse risicosituaties die zich met meer of minder waarschijnlijkheid kunnen ontwikkelen tijdens en na ontslag.

Het sociale netwerk van de patiënt moet in de diagnostische fase in kaart gebracht worden. Dit dient een meervoudig doel:

- Diagnostiek van de stoornis zelf (en van het delict) en het achterhalen van het be- loop;
- Schatten van recidiverisico (bijvoorbeeld als een patiënt zich in het verleden in een drugsmilieu of anderszins crimineel milieu begeven heeft, voordat hij tot het plegen van het indexdelict kwam) en de aanwijzingen voor de behandeling die dit met zich meebrengt;
- Betrekken van personen uit het netwerk van de patiënt bij de behandeling. In gunstige gevallen kan de aanwezigheid van een positief steunend netwerk een positieve invloed op het behandelproces en de resocialisatiemogelijkheden betekenen.

Op dit moment loopt er een onderzoek naar de bruikbaarheid van de methode van Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA). Het onderzoek betreft het ontwikkelen van de forensische sociale-netwerkanalyse: interviews met een patiënt en enkele netwerkliden, verwerken en analyseren van de gegevens, aangeven welke omstandigheden in het individuele geval bijdragen aan vermindering of toename van delictgevaar, en het ontwikkelen en evalueren van hierop gebaseerde interventies. Interventies bestaan uit afspraken met de patiënt en netwerkliden over het toekomstig leven, eventueel in de vorm van levensloopbegeleiding.

3.6.2 Gedragsobservatie

Observatie van gedragingen van de patiënt tijdens de eerste fase van de opname maakt in belangrijke mate deel uit van de diagnostiek. Gedrag patronen kunnen worden geobserveerd gedurende het verblijf op de afdeling en gedurende deelname van de patiënt aan diverse therapieën en activiteiten elders in de kliniek. Gedragsobservatiegegevens afkomstig van psychotherapeuten en andere disciplines (vaktherapeuten, medewerkers onderwijs, arbeid en vrijetijdsbesteding) zijn medebepalend voor het opstellen van de diagnose, het bepalen van de risico's en de in te stellen behandeling. Het is van belang dat de observatie zich richt op objectief waarneembare gedragingen. De forensische psychiatrie gebruikt nog veel observatiemethodes die afkomstig zijn uit de algemene psychiatrie (o.a. Gordon).

3.6.3 Interculturele diagnostiek¹

Kortmann (2006) wijst erop dat in de groep delictplegers die met Nederlandse justitie in aanraking komt etnische minderheden oververtegenwoordigd zijn. Ruim 32% van de terbeschikkinggestelden is allochtoon (Ministerie van Justitie, 2001; Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, 2007) en dit percentage zal minstens even hoog zijn in andere forensische sectoren. Zo is vanuit Groot-Brittannië bekend dat ruim een derde van alle Afro-Caribbean gevangenen aan een geestesziekte lijdt, voornamelijk aan psychotische stoornissen.

Gezien deze grote vertegenwoordiging van etnische minderheden in onze doelgroep is het noodzakelijk om aandacht te besteden aan deze culturele verschillen onder patiënten in de forensische psychiatrie.

Iedere afzonderlijke behandeldiscipline is vanuit de praktijk en ervaring bekend met de verwarring en gevoelens van onmacht die kunnen samenhangen met het in zorg hebben van patiënten vanuit een andere cultuur. De vraag 'wat is normaal en wat niet?' of anders gezegd, 'wat is psychotisch en wat is cultureel aanvaardbaar?' is immers een veelvoorkomende vraag waarop het antwoord ingewikkeld en moeilijk is.

Ten aanzien van de vraag in hoeverre de westerse psychiatrie toepasbaar is bij etnische minderheden kan een universalistisch of een relativistisch standpunt worden ingenomen. Een universalistisch standpunt houdt in dat westerse diagnostische systemen en richtlijnen goed toepasbaar zijn bij etnische minderheden. Een relativistische kijk gaat ervan uit dat de Nederlandse psychiatrie niet zonder meer toepasbaar is bij minderheden. Het laatste standpunt wint terrein en het gevolg is dat instellingen interculturaliseren. Dit betekent dat instellingen de specifieke zorgbehoefte van allochtonen in kaart brengen, de zorginhoud daaraan aanpassen, een goed registratiesysteem hiervoor ontwikkelen en een aangepast beleid voeren op het gebied van deskundigheidsbevordering en personeelswerving.

1 Overgenomen uit een interne notitie van de van Mesdagkliniek.

Kortmann reikt een theoretisch referentiekader aan om problemen in de forensisch psychiatrische praktijk en de praktische oplossingsstrategieën te ordenen. Hij pleit voor een communicatief universalisme en een communicatief relativisme. Dit betekent vooral dat zoveel mogelijk de dialoog gezocht moet worden. Welke van de twee benaderingen moet worden gekozen hangt volgens hem af van:

- 1 Het soort aandoening
- 2 De aard van de activiteit van de hulpverlener

In de fase van het creëren van een vertrouwensrelatie kunnen cultuurverschillen ten aanzien van omgangsvormen, impliciete en expliciete oordelen over andere culturen (etnocentrische reflex) en wederzijdse vooroordelen, het vestigen van een samenwerkingsrelatie verstoren. Communicatief relativisme leidt tot het samen zoeken naar een omgangsvorm die voor beiden acceptabel is, zonder het volledig eens te worden.

In de diagnostiekfase is de invloed van de cultuur op de uitingen van psychopathologie afhankelijk van de soort of het type diagnose. Hoe meer er sprake is van een ziekte die aan de hand van lichamelijke afwijkingen wordt vastgesteld des te minder beïnvloedt de cultuur de diagnostiek.

De diagnostiek en het bepalen van delictrisico's dient communicatief universalistisch toegepast te worden: de professionaliteit van de hulpverlener geeft de doorslag! De inbreng van de patiënt, zijn cultuur en zijn verhaal worden belangrijker als het gaat om aandoeningen die uitsluitend of vooral kunnen worden vastgesteld via de fenomenen in het (cultuurgebonden) verhaal en het gedrag van de patiënt. Gedrag en klachten hebben een eigen ziekte-idioom (idioms of distress). Gezocht moet worden naar de betekenissen die de patiënt en zijn omgeving hieraan hechten. Daarna volgt als het ware de matching aan de westerse betekenis, de DSM-IV-criteria. In de fase van de uitvoering van de behandeling moet rekening gehouden worden met eerdere (negatieve) ervaringen en de (cultuurgebonden) verwachtingen van de patiënt.

De hulpverlener past zijn rolgedrag aan om motivatie en therapietrouw te bevorderen. Kortmann wijst bijvoorbeeld op het verschil tussen culturen wat betreft gelijkwaardig en paternalistisch rolgedrag van hulpverleners.

Wij doen hier de volgende aanbevelingen:

- 1 Gelijke behandeling van patiënten uit diverse culturen.
- 2 Bevorderen van interculturalisatie vanuit een door de instelling gedragen aanpak: zoals een aandachtsfunctionaris, klankbordgroep, (bij)scholing, personeelsbeleid, et cetera.
- 3 Monitoring van diagnoses en medicatiebeleid (!) van patiënten uit minderheids-groepen.
- 4 Aandacht voor de rol van migratie en traumatisering bij psychopathologie, diagnostiek, delictanalyse en delictisico's.
- 5 Toepassing van methodieken zoals: inzet van tolken, het culturele interview en de *cultural formulation*.

In bijlage 4 treft u een aantal aanbevelingen aan die kunnen worden gebruikt bij de interculturele diagnostiek.

3.6.4 Onderzoek naar zorgvragen en zorgbehoeften van de patiënt

Na de vaststelling van de diagnose verdient het aanbeveling om de zorgvragen, zorgbehoeften en de motivatie van de patiënt (waar mogelijk in overleg met diens familie) in kaart te brengen. De patiënten zijn niet vrijwillig opgenomen en zijn veelal sterk beperkt in ziektebesef en –inzicht vanwege de aanwezigheid van de psychotische stoornis. Juist daarom is het van belang om die gebieden waar aansluiting bij de wensen van de patiënt mogelijk is, op te nemen in het behandelplan. Volgens de richtlijn schizofrenie dient gegevensverzameling betreffende deze zorgbehoeften en zorgvragen systematisch en doelgericht plaats te vinden (Gordon, Murphy, Candee & Hiltunen, 1994). Er zijn verschillende hulpmiddelen beschikbaar om tot een gestructureerde gegevensverzameling te komen van zorgvragen en zorgbehoeften. Binnen de verpleegkunde wordt veel gebruikgemaakt van de zogenaamde elf functionele gezondheidspatronen, de lijst van Gordon (Gordon e.a., 1994). Het betreft hier een raamwerk van te onderscheiden levensdomeinen, die afzonderlijk of in onderlinge samenhang voor de patiënt functioneel kunnen zijn (bijdragen gezondheid en kwaliteit van leven) dan wel disfunctioneel kunnen zijn (leiden tot verstoringen van de gezondheid en verlies van levenskwaliteit).

Een tweede instrument dat bruikbaar is bij het vaststellen van zorgbehoeften en zorgvragen is de CAN-FOR (Camberwell Assessment of Need; McCrone e.a., 2000; Phelan e.a., 1995). De CAN-FOR stelt op gestructureerde wijze zorgbehoeften vast op 22 gebieden en biedt de patiënt de mogelijkheid aan te geven in welke mate aan deze behoeften tot op heden tegemoet is gekomen. De gegevens kunnen als uitgangspunt dienen voor een nadere kwalitatieve exploratie van de zorgbehoeften van de patiënt.

3.7 Diagnostiek van suïcidaliteit

De aanwezigheid van suïcidaliteit verdient bijzondere aandacht gedurende de diagnostiek bij de patiënt met schizofrenie. In verschillende onderzoeken wordt het percentage patiënten met schizofrenie met suïcidale ideaties geschat op 40-50%. Een relatief hoog percentage van de patiënten – naar schatting 20-40% – doet een serieuze suïcidopoging. Rond de 10% van de patiënten die lijden aan schizofrenie pleegt uiteindelijk suïcide. Bij ons zijn geen cijfers bekend over de incidentie in de forensische psychiatrie. Wellicht een punt voor verder onderzoek.

3.8 Risicotaxatie

Risicotaxatie gaat kort gezegd over de inschatting die wordt gemaakt over de kans op recidive c.q. terugval in crimineel gedrag. De risicotaxatie is daarmee een activiteit die

gedurende de gehele behandeling op verschillende momenten plaatsvindt. Immers, niet alleen is het de verwachting dat de kans op terugval gedurende de behandeling zal afnemen, evenzeer is het zo dat er gedurende de behandeling vele momenten zullen zijn waarop er een feitelijke inschatting dient te worden gemaakt in hoeverre bepaalde stappen en besluiten veilig en verantwoord zijn. Dit geldt bij aanvang, maar ook aan het einde van de behandeling, in de fase van resocialisatie. Naast een zorgvuldig gewogen risico-inschatting waarbij belangrijke elementen van de delictanalyse worden meegewogen (zoals de rol van de psychiatrische stoornis in relatie tot het delictgevaar) is er op gezette momenten ook gestructureerde inschatting noodzakelijk.

3.8.1 Gestructureerde risicotaxatie

Onderzoek – ook in Nederland- heeft laten zien dat empirisch gestructureerde risicotaxatie betrouwbaar is en een meerwaarde heeft voor een goede inschatting van de kans op recidive (ten opzichte van het ongestructureerde klinische oordeel). Gestructureerde klinische risicotaxatie is risicotaxatie uitgevoerd volgens concrete richtlijnen. Kenmerkend voor de methode is dat de deskundige niet alleen de items scoort en bij elkaar optelt om tot een conclusie over het risico te komen, maar daarnaast zijn/haar kennis en ervaring gebruikt om de items te interpreteren, te integreren, te combineren en te wegen. Het eindoordeel over het risico van toekomstig geweld wordt ingeschat als 'laag', 'matig' of 'hoog'. Op basis van deze manier van risicotaxatie wordt meer inzicht in de risicofactoren verkregen en deze geeft aanwijzingen voor de te bepalen behandelingsstrategieën, die met name gericht kunnen worden op het doen vermindere van recidiverisico's.

Gestructureerde risicotaxatie is allereerst nodig om nieuwe delicten te voorkomen. Dit doel ligt immers ten grondslag aan de hele inrichting van het forensische werkveld. Andere belangrijke effecten die mede door risicotaxatie bereikt kunnen worden zijn:

- Het bieden van aanknopingspunten voor de behandeling, die ten doel heeft het gedrag van de patiënten veilig te maken; de zogenaamde 'klinische items' bieden daartoe belangrijke aanknopingspunten.
- Het verbeteren van de consistentie en transparantie van de besluitvorming over individuen die met verlof gaan of uitstromen uit de tbs, van belang aldus in het resocialisatietraject.
- Gestructureerde risicotaxatie verbetert de communicatie over risico's; op welke risico's moet men bij bepaalde patiënten bedacht zijn, welke factoren lenen zich voor een op de persoon toegesneden risicomangement, en hoe ziet dat eruit bij een bepaald type verlof (van belang in de fase behandeling en resocialisatie)?
- Gestructureerde risicotaxatie beschermt de rechten van de onderzochten; de redenen voor het toekennen of juist niet toekennen van verloven gebeurt op zakelijke gronden die van belang zijn voor de algemene veiligheid, in plaats van dat deze beslissingen afhankelijk zijn van de willekeur van medewerkers.

Een goed uitgevoerde risicotaxatie aan het begin van de behandeling geeft aldus informatie over het recidiverisico en geeft aanknopingspunten voor de komende behan-

deling. Tevens dient deze risicotaxatie als een nulmeting, waarna in de loop van de behandeling herhalingsonderzoek plaatsvindt. Waar het verminderen van het recidive-risico als het belangrijkste behandeldoel in de forensische setting geldt, is het herhalen van risicotaxatie-onderzoek bij uitstek geschikt om gegevens te genereren over het effect van de behandeling door de score op de klinische items door de tijd heen met elkaar te vergelijken.

3.8.2 Beschermende factoren

In het diagnostisch proces is het van belang aandacht te schenken aan beschermende factoren. Bij de bepaling van de diagnostiek met betrekking tot de aanwezigheid van een psychotische stoornis zijn deze factoren niet van invloed, wel degelijk zijn deze van invloed op delictanalyse en de inschatting van het recidiverisico, ook zijn deze van belang bij de mogelijkheden in de behandeling en resocialisatie. Verschillende auteurs hebben zoals beschreven aangetoond dat bij de groep patiënten met een psychotische stoornis niet zozeer de psychotische stoornis in engere zin bepalend is voor de totstandkoming van het delict maar dat factoren op het situatieve en sociaalrelatiele vlak daarbij een meer bepalende invloed hebben.

Als intrinsiek beschermende factoren worden genoemd; opleidings- en intelligentie-niveau; ziektebesef en -inzicht; het vermogen tot aanpassing en het lerend vermogen; therapie- en medicatietrouw; onthouding van middelengebruik. Naast deze persoonsgebonden factoren kunnen ook omgevingsfactoren beschermend zijn: een ondersteunend sociaal netwerk, dagbesteding en een intieme relatie. Onlangs is de SA-PROF ontwikkeld (C. de Rooter, Vogel & Bouman, 2007), een gestructureerde beoordeling van beschermende factoren, die gebruikt kan worden als aanvulling op de gestructureerde risicotaxatie.

3.8.3 Delictanalyse

Op grond van de beschikbare gegevens worden zowel factoren vanuit de psychopathologie van de patiënt als ook andere relevante factoren die een bijdrage hebben geleverd in de aanloop tot het plegen van het delict en bij het uitvoeren van het delict 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 daarbij horende relevante factoren die het gedrag beïnvloeden. Ook worden relevante terugkerende gedragspatronen en relatiepatronen beschreven en verklaard, zodat het gedrag van de patiënt voor, tijdens en na het delict begrijpelijk(er) wordt voor de behandelaar.

De delictanalyse wordt besproken met de patiënt. Het doornemen van de delictanalyse met de patiënt vormt de opmaat naar de behandeling. Het is goed mogelijk dat de patiënt op het moment dat de analyse gemaakt wordt zich er (nog) niet in herkent. Tijdens de behandeling zullen patiënt en behandelaar samen het delictscenario opstel-

len (zie hoofdstuk 7, behandeling), waarbij gestreefd dient te worden naar zoveel mogelijk overeenstemming tussen de patiënt en zijn behandelaar.

In de praktijk is het vaak de psycholoog die de delictanalyse opstelt. Omdat de delictanalyse vaak wordt gekenmerkt door vele variabelen in hun onderlinge beïnvloeding, adviseren wij dat bij een delictanalyse altijd gebruik wordt gemaakt van multidisciplinaire input. De systeemtherapeut, de psychiater, de maatschappelijk werker dienen zeker betrokken te worden bij het opstellen van de delictanalyse.

Het is bij psychotische patiënten zeker in het begin van de behandeling niet altijd mogelijk om een delictanalyse gezamenlijk op te stellen. Dit is afhankelijk van de ernst van de psychotische verschijnselen, van de mogelijkheden voor het instellen van de patiënt op medicatie, van het effect van de medicatie, van de al dan niet blijvende beperkingen in het sociaal en cognitief functioneren. Ook spelen ziektebesef en –inzicht een belangrijke rol, evenals delictbesef en –acceptatie. Indien een patiënt niet goed in staat is om zijn/haar medewerking te verlenen kan gekozen worden voor een sterk vereenvoudigde versie of voor een eenzijdig opgestelde delictanalyse.

3.8.4 Risicotaxatie instrumenten

De verplichte en alternatieve risicotaxatie-instrumenten worden met het relevante daaraan verbonden wetenschappelijk onderzoek niet nader in dit hoofdstuk besproken. De informatie is opgenomen in bijlage 7: risicotaxatie-instrumenten.

3.9 Verslaving en middelenmisbruik

De comorbiditeit tussen verslaving en psychotische stoornissen is hoog; ongeveer 70-80% is ermee bekend. Uit recent onderzoek blijkt dat de leeftijd waarop het misbruik start een sterk verband houdt met de mate van psychopathie, agressiviteit en kans op recidive; hoe jonger men start, des te hoger deze kans. Ook wijst recent onderzoek in de richting dat de groep die bekend is met middelengebruik hogere PCL-R scores heeft en tijdens klinische opname veel vaker betrokken is bij zowel agressieve als niet-agressieve incidenten. De groep gebruikers die middelen is gaan gebruiken om spanning te reguleren valt daarbij als voornaamste subgroep op (Van der Weide, 2008).

In de fase van diagnostiek is een goede verslavingsanamnese daardoor van belang. Zoals bovenstaande duidelijk maakt is niet alleen het middel en de hoeveelheid relevant, maar in het bijzonder ook de leeftijd waarop men start en de reden van het gebruik.

3.10 Forensisch psychiatrische beschouwing

De forensisch psychiatrische beschouwing bestaat uit een samenvatting van het diagnostische onderzoek, waarin specifiek aandacht wordt besteed aan de forensische aspecten van de geconstateerde psychiatrische/psychologische pathologie. Er is in de praktijk van de forensische psychiatrie (nog) geen eenduidigheid over deze terminologie. Ook gebruikt worden o.a. dynamische delicttheorie en delictanalyse. In de forensische beschouwing spelen vooral gegevens uit de risicotaxatie een belangrijke rol omdat deze de basis vormen voor de behandeling die zal volgen. De forensisch psychiatrische beschouwing vormt onderdeel van het diagnostisch rapport.

In de forensisch psychiatrische beschouwing zijn hypotheses geformuleerd over het verband tussen diagnostische gegevens en het delict en worden aanbevelingen gedaan voor de behandeling.

4 Behandelingsfase

In dit hoofdstuk worden de verschillende aspecten van de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid beschreven.

4.1 Doelen behandelingsfase

4.1.1 Klinische revalidatie en rehabilitatie

Bij psychotische stoornissen is sprake van een chronische en invaliderende ziekte waarvan vooralsnog geen (algehele) genezing mogelijk is. Hierdoor maken handicaps (rolverlies) en beperkingen (dingen niet meer kunnen) blijvend deel uit van het leven van patiënten met schizofrenie. Revalidatie en rehabilitatie zijn daarom kernbegrippen van het klinische behandelbeleid voor patiënten die leiden aan een psychotische stoornis.

In de theorie over de aanpak van de ziekte heeft een verschuiving plaatsgevonden van het medische model (schizofrenie is een ziekte met een slechte prognose) naar het invaliditeitsmodel. Schizofrenie wordt in dit model gezien als een ziekte met gevolgen (handicaps en beperkingen) waarmee iemand moet leren leven. Inspanningen zijn daarom ook gericht op acceptatie, rouwverwerkingen, welzijn, leren leven met de handicap, versterken van de gezonde kanten van de patiënt (vaardigheidstraining) en rehabilitatie.

Met bovenstaande uitgangspunten kan een aantal richtlijnen opgesteld worden voor het ontwikkelen van modules voor klinische revalidatie en rehabilitatie.

Een veelbelovende variant is het *Recovery Model* (Herstel Model) van Anthony c.s. Dit model kent drie fasen: stabilisatie, heroriëntatie en re-integratie.

In de stabilisatiefase is alle hulp gericht op het onder controle brengen van (acute) symptomen. Vervolgens komt de patiënt in een fase waarin hij/zij zich afvraagt welke gevolgen de ziekte voor hem of haar heeft. Deze fase van heroriëntatie gaat gepaard met veel verliesverwerking (rouw) en ondersteuning. Ten slotte treedt de fase van re-integratie op, de fase waarin de patiënt MET zijn/haar beperkingen en handicaps zo optimaal mogelijk re-integreert in de maatschappij met zo min mogelijk professionele hulp.

Deze fasen van herstel doorloopt eigenlijk ieder mens die te maken krijgt met een ernstige ziekte en het model is daarmee niet alleen geschikt voor psychiatrische stoornissen.

Het is van belang om te benadrukken dat dit model geen strikt gescheiden fasen kent, integendeel. Patiënten bevinden zich vaak tegelijkertijd in verschillende fasen en terugval naar de stabilisatiefase is mogelijk, ook in de fase van re-integratie.

Het spreekt voor zich dat in de stabilisatiefase voornamelijk symptoomgerichte behandelingsinterventies plaatsvinden zoals medicatie en andere focale vormen van behandeling. In de heroriëntatiefase worden vooral modules aangeboden die gaan over rouwverwerking, ziekteacceptatie en ondersteuning. Ook vaardigheidstrainingen passen in deze fase, net als uitleg over de ziekte. In de re-integratiefase staat rehabilitatie voorop, gepaard met de benodigde behandelinterventies om re-integratie mogelijk te kunnen maken.

4.1.2 Behandeling van risicofactoren

Het reduceren van het delictrisico begint met een risicoanalyse (zie ook diagnostische fase) waarbij de belangrijkste factoren worden geïdentificeerd die een kans op delictherhaling vormen.

Het uiteindelijke doel van risicoanalyse is niet zozeer een juiste voorspelling, maar de preventie van toekomstig gewelddadig gedrag. In de vroegtijdige identificatie van een hoog risico en de factoren die daarbij een rol spelen, liggen de mogelijkheden voor het reduceren en minimaliseren van dit risico. Uitgangspunt hierbij is dat het daaraan ten grondslag liggende proces, de risicoanalyse, voldoende informatie biedt voor het risicomangement.

Hierdoor dient het proces van een risicoanalyse te voldoen aan een aantal criteria:

- identificatie van de aanwezige risicofactoren en de mogelijke samenhang hiertussen
- karakterisering van het geweld dat wordt geschat (type, ernst etc.)
- karakterisering van het risico en de afhankelijkheid van de context
- de aanleveren van informatie voor de besluitvorming en communicatie

Het identificeren van causale dynamische risicofactoren is essentieel voor effectieve interventies. Een causale dynamische risicofactor is een factor die:

- de kans op gewelddadig gedrag voorafgaat of verhoogt (risicofactor)
- verandert over tijd of door interventie (dynamisch)
- bij verandering de kans op gewelddadig gedrag ook verandert (causaal)

Dynamische risicofactoren zijn veranderbaar, maar er moet onderscheid worden gemaakt tussen acute en stabiele dynamische risicofactoren. Stabiele dynamische risicofactoren (e.g. persoonlijkheidsstoornis) kunnen over tijd veranderen, maar niet binnen een korte periode. Acute dynamische risicofactoren daarentegen kunnen in principe dagelijks veranderen (e.g. alcoholgebruik).

Naast de identificatie van dynamische risicofactoren is het, teneinde de werkzaamheid van interventies te waarborgen, van groot belang om de onderlinge samenhang tussen

die risicofactoren te bepalen. De onderlinge samenhang geeft inzicht in hoe de verschillende factoren op elkaar inwerken en welke factoren de grootste rol spelen. Een vuistregel, indien er twee of meer dynamische risicofactoren zijn geïdentificeerd, is om de volgende punten na te lopen:

- volgorde in tijd
- samenhang tussen de factoren
- dominantie van de factoren (Kraemer, Stice, Kazdin, Offord & Kupfer, 2001)

Startpunt van het behandelplan is een forensisch psychiatrische beschouwing of dynamische delicttheorie, waarin de bovenstaande kennis over de patiënt is vertaald naar een overzicht van aanwezige dynamische risicofactoren en potentieel beschermende factoren, in onderlinge samenhang.

De forensisch psychiatrische beschouwing of dynamische delicttheorie dient antwoord te geven op de vraag waarom deze patiënt op dit tijdstip met dit slachtoffer op deze wijze met deze omstandigheden dit delict heeft gepleegd. De risicofactoren dienen daartoe in hun onderlinge dynamiek gerepresenteerd te worden. Deze beschouwing of theorie zal uiteraard aan het begin van de behandeling bij opname slechts bestaan uit de dossierinformatie, maar wordt gaande de behandeling verder getoetst en aangevuld op basis van eigen ervaringen, de bijdrage en houding van de patiënt, veranderingen op gedragsniveau en alle andere zaken die hierop van invloed kunnen zijn. De forensisch psychiatrische beschouwing of dynamische delicttheorie fungeert derhalve als de hypothese waarop de behandeling gericht wordt. Het dient als kompas voor de behandeling, maar tevens als toetssteen voor de resultaten daarvan. In het behandelproces dient daarom geborgd te zijn, dat deze beschouwing of theorie voortdurend als richtsnoer gehanteerd wordt en voortdurend getoetst, geverifieerd en bijgesteld wordt. Het behandelplan dient hiervan een representatie te vormen.

Per risicofactor zal vervolgens worden bepaald wat de mogelijkheden zijn op het continuüm 'cure – control - care'. Met andere woorden zijn er mogelijkheden voor verbetering (cure), kan de patiënt geleerd worden met ondersteuning de risicofactor onder controle te houden (control), of is er altijd externe structuur nodig om het risico in de hand te houden (care).

4.2 Organisatorische aspecten

4.2.1 Start van de behandelfase

Het is verleidelijk om patiëntgerelateerde instroomcriteria te formuleren waaraan voldaan moet zijn voordat een patiënt instroomt in een zorgprogramma of een 'behandelfase'. Dergelijke criteria werpen onnodig drempels op en zijn er de oorzaak van dat patiënten langer dan gewenst verstoken blijven van activiteiten, die aangeboden kunnen worden vanuit een zorgprogramma. Blijvende psychotische symptomen of stabiel instabiel gedrag vanuit een borderline persoonlijkheidsstoornis zijn bijvoorbeeld eerder een reden patiënten toe te laten tot een zorgprogramma en 'de behandelfase' dan hen

ervan uit te sluiten. Het is ons inziens idealiter gewenst een behandeling te starten als er een (voorlopige) delictanalyse en risicotaxatie (inclusief PCL-R) beschikbaar zijn, omdat anders geen goede inschatting gemaakt kan worden van de zorg- en beveiligingszwaarte. Echter, wanneer een patiënt manifest psychotisch is, dient deze uiteraard direct (medicamenteus) behandeld worden.

Instreamcriteria kunnen beter geformuleerd worden in termen van het voldoende geïnventariseerd en begrepen hebben van bovengenoemde onderdelen van de kernproblematiek. Het formuleren wat nog niet duidelijk of nog niet begrepen is maakt het ook mogelijk een behandeling te starten. De behandelfase vangt dus aan als de vaak meervoudige problematiek in het individueel behandelplan is ontleed in onderdelen die zijn aan te pakken en in tijd zijn neergezet en dit zowel duidelijk is uitgelegd aan de patiënt en aan het rond de patiënt geïnstalleerde behandelteam.

De eerste stap of stappen worden vooral bepaald door wat in de diagnostiekfase is geïnventariseerd als een geschikt domein om bij de patiënt aan te sluiten. Het investeren in een samenwerkingsrelatie en perspectief heeft prioriteit, samen met het vergroten van de intrinsieke motivatie bij de patiënt.

In de forensische behandelpraktijk ontstaan gemakkelijk patstellingen, die niet eenvoudig meer zijn los te trekken. Patiënten komen dan in een ongewenst evenwicht met hun omgeving terecht, waarbij symptomen of delictgerelateerd gedrag gemaskeerd blijven en niet meer kunnen worden beïnvloed, terwijl de tijd verstrijkt en ook nog eens hospitalisatie optreedt.

4.3 Inhoud behandeling

Dit zorgprogramma richt zich voor een belangrijk deel op de behandeling van de *specifieke* stoornis en *specifieke* risicofactoren van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid (zoals de farmacotherapie).

De behandeling van de specifieke stoornis wordt regelmatig vertraagd of bemoeilijkt door de andere aanwezige stoornissen. Deels kunnen die worden aangepakt via de behandeling van de algemene risicofactoren. Soms is het noodzakelijk de patiënt modules te laten volgen uit een ander zorgprogramma (persoonlijkheidsstoornissen, autisme, seksueel-agressieve daders).

Uit de literatuur is bekend dat er daarnaast ook *meer algemene* risicofactoren bestaan die een rol kunnen spelen bij de beïnvloeding van de recidivekans. Deze algemene risicofactoren zijn niet gebonden aan een bepaalde doelgroep, maar spelen bij de meeste forensisch psychiatrische patiënten een rol. Voorbeelden hiervan zijn: antisociale attitudes en overtuigingen, een antisociaal netwerk, zwakke vaardigheden bij het oplossen van problemen, gebrekkige zelfcontrole en verslaving aan alcohol en drugs. Daarom zijn in dit zorgprogramma ook 'algemene behandelthema's' opgenomen (zoals vaardigheidstrainingen).

De activiteiten en modules zijn gerelateerd aan de fasen van het herstelproces en richten zich op:

- crisisinterventie, ambulant en klinisch
- dagstructurering, gericht op oriëntatie en instandhouding of ontwikkeling van vaardigheden in praktisch opzicht
- ontwikkelen van sociale vaardigheden
- rehabilitatieactiviteiten: Libermanmodules, individueel gerichte rehabilitatietechnieken en omgevingsgerichte rehabilitati;
- verslaving, door onder andere psycho-educatie, behandeling en afspraken rond drugsgebruik en urinecontrole
- het sociaal netwerk, waaronder belangrijke steunfiguren, dagactiviteiten, huisvesting, zorgmanager en reclassering

4.4 Samenvatting van aanbevelingen van de Multidisciplinaire Richtlijn

Tabel 1 Samenvatting van de aanbevelingen uit de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2005) ten aanzien van de toepassing van psychologische en sociale interventies		
Interventies die aanbevo- len worden	Interventies die ontraden worden	Interventies die nader on- derzoek behoeven
Zorgorganisatie		
<ul style="list-style-type: none"> • Goede overdracht tus- sen huisarts en de tweede lijn • Assertive community treatment (ACT) • Acute dagbehandeling (indien mogelijk) als al- ternatief voor opname 	<ul style="list-style-type: none"> • Casemanagement vol- gens het makelaarsmo- del • Dagactiviteitencentra (terughoudende toepas- sing; keuze afhankelijk van de kwaliteit van het lokale centrum en wen- sen van betrokkenen) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensief casemanage- ment • Community mental health teams • Psychiatrische intensie- ve thuiszorg (indien mogelijk) als alternatief voor opname

Doelgerichte interventies op programmaniveau		
<ul style="list-style-type: none"> Supported employment in de vorm van individual placement and support om de werkgelegenheid te verbeteren Ter bestrijding van stigmatisering: zorgverleners laten meewerken aan het leggen van contacten tussen patiënten en werkgevers, verhuurders en andere deelnemers in de zorgketen, bijvoorbeeld in de vorm van educatie waarbij positieve aspecten naar voren komen 	<ul style="list-style-type: none"> Ter bestrijding van stigmatisering: debatteren met derden en onjuiste veronderstellingen weerleggen 	<ul style="list-style-type: none"> Onderzocht moet worden of individual placement and support ook effectief is in het Nederlandse arbeidsstelsel Supported education Integratie van verslavingszorginterventies in de psychiatrische zorg Indicatiestelling wat betreft type huisvesting, vorm van begeleiding en mate van thuiszorg
Cognitieve gedragstherapie en psychotherapie		
<ul style="list-style-type: none"> Cognitieve gedragstherapie voor patiënten met blijvende symptomen; ook te overwegen voor patiënten met een gebrekkig ziekte-inzicht en matige medicatietrouw 	<ul style="list-style-type: none"> Counseling/steunende psychotherapie Psychodynamische en psychoanalytische behandeling Coping voor het bestrijden en voorkomen van hallucinaties 	
Psycho-educatie, omgaan met ziekte en gezinsinterventie		
<ul style="list-style-type: none"> Psycho-educatie, ter voorkoming van terugval en verbeteren van sociaal functioneren Gezinsinterventie voor gezinnen die wonen of nauw contact onderhouden met een gezinslid met schizofrenie 		

Vaardigheidstraining		
	Sociale vaardigheidstraining	<ul style="list-style-type: none"> • (m.n. de recente) Libermanmodules • Training van praktische vaardigheden • Individuele Boston-rehabilitatie
Cognitieve revalidatie en remediatietraining		
		<ul style="list-style-type: none"> • Cognitieve remediatietraining evalueren in RCT's en patiënten wijzen op experimenteel karakter van de behandeling
Vaktherapieën		
<ul style="list-style-type: none"> • Bewegingstherapie ter bevordering van de algemene lichamelijke fitheid • Psychomotorische therapie 		<ul style="list-style-type: none"> • Dramatherapie • Muziektherapie • Art-therapy en andere vormen van beeldende creatieve therapie
Lotgenotencontacten		
		<ul style="list-style-type: none"> • Er is nog geen wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van een lotgenotengroep

4.5 Overzichtsstudie van empirische studies naar het effect van behandeling²

In de literatuur van de afgelopen tien jaar is gezocht naar publicaties over onderzoek naar de behandeling in het kader van een strafrechtelijke maatregel van patiënten met een psychotische stoornis. Alleen publicaties van studies met een onderzoeksdesign, waarbinnen een vergelijking mogelijk is tussen uitkomstvariabelen, zijn geselecteerd. In de wetenschappelijke literatuur van de afgelopen tien jaar zijn slechts zes studies gevonden, waarin empirisch onderzoek naar het effect van behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis wordt beschreven.

² Uit 'De effectiviteit van behandelinterventies voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid: een literatuurstudie' (Harte, 2008).

In een experimentele studie vinden Walsh e.a. (2001) geen bewijs voor hun hypothese dat een intensieve vorm van *Case Management* beter in staat is om geweldsrecidive terug te dringen dan zogenaamde standaard *Case Management*. Wiederanders e.a. (1997) vinden echter in een beschrijvend vergelijkende studie dat toezichtsprogramma's wel effect hebben en dat de intensiviteit van toezicht ook resulteert in minder geweldrecidive. Uit de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie komt *Assertive Community Treatment (ACT)* naar voren als een effectieve behandelingsmethode. Het is aan te bevelen om in ambulante toezichtsprogramma's zogenaamde forensische ACT-teams in te zetten. Recent is in Nederland een start gemaakt met de inzet van dergelijke teams (Veldhuizen, Berkhout & Horsman, 2006).

Ondersteuning bij het vinden van werk, zoals aanbevolen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie, maakt in de meeste gevallen al een vast onderdeel uit van de resocialisatiefase van forensisch psychiatrische patiënten. Dit geldt ook voor het geven van voorlichting aan contactpersonen in de maatschappij (zoals werkgevers en verhuurders) om stigmatisering tegen te gaan. Verder komen vooral cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie (ook voor naast betrokkenen) naar voren als effectieve behandelinterventies. Het is van belang deze interventies ook in de forensische behandeling toe te (blijven) passen. Uit deze literatuurstudie blijkt verder dat het *Role Development Program* (Schindler, 2005) mogelijk een veelbelovende interventie is. Deze training, waarin patiënten oefenen met verschillende sociale rollen, taken en vaardigheden, resulteerde in een verbetering ten aanzien van interpersoonlijke vaardigheden en sociale rollen.

Uit de studie van Hornsveld en Nijman (2005) bleek dat de Zorgmodule Psychisch Kwetsbaren van De Kijvelanden leidt tot een verbetering op enkele observatieschalen, met name wat betreft vaardigheden. Op dit moment wordt in vrijwel alle forensische instellingen met zogenaamde zorgmodules gewerkt.

4.6 Farmacotherapie

Medicatie³ vormt naast het vestigen van een samenwerkingsrelatie en een zorgvuldige en doelmatige coördinatie van de zorg de basis van de behandeling van schizofrenie. Behandeling met antipsychotica streeft vier doelen na:

- 1 management van acute symptomen
- 2 remissie van psychotische symptomen
- 3 onderhoudstherapie
- 4 preventie ter voorkoming van terugvallen

3 Voor een meer gedetailleerde beschrijving van de (bij)werking van medicatie zie bijlage 5.

4.6.1 Farmacotherapie bij forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid

Patiënten uit deze doelgroep zijn vaak langdurig on(der)behandeld gebleven in het justitiële circuit en in het reguliere GGZ-circuit. Of zij hebben uitgesproken negatieve ervaringen opgedaan met medicatie, kortdurend onder dwang, in hun GGZ behandelgeschiedenis. Hun ziektebesef is vaak ontoereikend om medicatietrouw voor langere tijd te waarborgen. In eerste instantie dient te worden ingestoken op bevorderen van medicatietrouw en ziektebesef. Dit vindt plaats door het leggen van een goede behandelrelatie, het eventueel inschakelen van familieleden en vrienden, psycho-educatie en cognitieve interventies (individueel of in groepsverband). Soms ontbreekt de tijd hiervoor omdat in de kliniek (dreigend) gevaar ontstaat, waarop de procedure dwangmedicatie wordt ingezet (zie hieronder). Is er wel tijd beschikbaar voor een medicamenteuze behandelstrategie dan kan begonnen worden met een oraal atypisch antipsychoticum gezien de betere subjectieve aanvaardbaarheid van deze middelen. In individuele gevallen zijn juist depotpreparaten van risperidon of een klassiek antipsychoticum geïndiceerd, als het kan in een vrijwillig traject tenzij dit niet haalbaar blijkt te zijn.

Bij patiënten die zowel aan schizofrenie lijden als aan afhankelijkheid van alcohol en/of drugs zijn er ten aanzien van clozapine aanwijzingen dat het een vermindering van consumptie van alcohol en drugs kan induceren. Bij patiënten met klinisch significante vijandigheid en agressie lijkt clozapine, in gebruikelijke klinisch toegepaste doseringen, vergeleken met andere antipsychotica, een relatief sterk effect op deze symptomen te bezitten. Het vervroegd inzetten van clozapine, overigens ook aanbevolen door de werkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (GGZ, 2005) zal dus relatief vaak voorkomen.

Instellen op clozapine komt ook vaker voor omdat patiënten eerder (gedocumenteerd) slecht of niet op meerdere antipsychotica hebben gereageerd.

De methodiek van *therapeutic drug monitoring* wordt vaker toegepast vanwege 1) controle op inname 2) het moeilijk instelbaar zijn van patiënten en 3) het gericht willen bereiken van een minimale plasmaspiegel zoals bij clozapine (>350 microgram/liter).

Met enige regelmaat zullen ook combinaties van diverse middelen moeten worden toegepast. Te denken valt aan de combinatie van een klassiek depot en clozapine, maar ook aan de combinatie van antipsychotica en methylphenidaat (Concerta®) of Atomoxetine (Strattera®) in geval van ADHD.

In gevallen van hyperseksualiteit en seksueel-agressieve delicten is antiandrogeen behandeling geïndiceerd (zie zorgprogramma seksueel grensoverschrijdend gedrag), waarbij een protocol voor instelling en controle op ongewenste effecten nauwgezet moet worden gevolgd.

4.6.2 Dwangmedicatie

Van dwangmedicatie is sprake als een patiënt tegen zijn wil al dan niet samengaan met fysiek ingrijpen per injectie of oraal medicatie toegediend krijgt. Dit kan zijn in het kader van een acute noodsituatie of in het kader van dwangbehandeling. Dwangbehandeling komt het meest frequent voor, vooral bij delictrisico's op langere termijn op grond van een onbehandelde psychose. Er hoeft niet per se sprake te zijn van een noodtoestand. Onder ernstig gevaar kan worden verstaan een situatie die schadelijk is voor de patiënt en die niet op korte termijn zal veranderen en in het algemeen zal verergeren. Bij niet behandelen verergert de toestand in psychiatrische en/of sociale zin en wordt de prognose slechter. Dwangbehandeling vindt plaats conform de van toepassing zijnde wettelijke voorschriften en overeenkomstig de eisen van doelmatigheid, proportionaliteit en subsidiariteit.

4.7 Psycho-educatie

Psycho-educatie houdt in het systematisch geven van voorlichting over psychotische en andere aanwezige psychiatrische stoornissen aan zowel familie als patiënten (individueel en groepsgewijs). Deze voorlichting dient breed te zijn en onder andere aandacht te besteden aan de volgende onderwerpen:

- signalen (vroeg herkenning)
- symptomen
- medicatie
- behandelingsvormen en -mogelijkheden
- gevolgen van het ziek zijn (handicaps, rouwverwerking)

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie resulteert psycho-educatie in meer kennis over schizofrenie en vermindert het aantal recidieven met 12% na negen en achttien maanden follow-up en verbetert het sociaal functioneren. Psycho-educatie leidt niet tot meer ziekte-inzicht. Vermindering van symptomen en verbetering van medicatietrouw zijn niet consistent het gevolg van psycho-educatie.

Psycho-educatie leidt tot minder uitval uit de zorg, maar wordt op voorhand vaker geweigerd dan standaardzorg. Deze lage acceptatie verdient aandacht.

4.8 Forensische psychotherapie

Medicatie leidt niet bij alle patiënten tot een afdoende reductie van psychotische symptomen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) wordt dan vaak als een toegevoegde gesprekstherapie ingezet. CGT richt zich op de emotionele gevolgen van gedachten over de primair psychotische fenomenen zoals gedachten en probeert een welwillende onverschilligheid te bewerkstelligen.

Pilling e.a.(2002; 2002) vinden CGT effectief bij het verbeteren van de psychische gesteldheid op maten van *important improvement*, zowel aan het eind van de behan-

deling als bij de follow-up. Ook vinden zij dat CGT leidt tot minder drop-outs dan standaardzorg. Aangezien standaardzorg minder intrusief is en dus waarschijnlijk goed te tolereren, constateren zij dat dit gunstig is voor CGT. De resultaten van de eerste trials worden door deze onderzoekers, ondanks de kleine aantallen, veelbelovend genoemd.

De onderzoeken hebben, in vergelijking met de meeste trials bij antipsychotische medicatie, redelijk goede follow-updata over lange perioden. De positieve resultaten van de meta-analyse kunnen daarom beschouwd worden als een bevestiging van de belofte van CGT bij de behandeling van schizofrenie.

De auteurs van de Cochrane-analyse (Cormac, Jones & Campbell, 2002) concluderen dat CGT een potentieel effectieve interventie is bij de behandeling van psychoses, maar op dit moment nog onvoldoende onderzocht. De resultaten zijn volgens de auteurs beloftevol, ondanks de geringe aantallen behandelde patiënten en bieden, in tegenstelling tot veel trials met antipsychotische medicatie, goede follow-updata over lange perioden.

NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2002) concludeert (Claxton, Sculpher & Drummond, 2002) dat er goede bewijzen zijn dat CGT symptomen bij mensen met schizofrenie effectiever vermindert tot ongeveer een jaar na het eind van de behandeling in vergelijking met standaardzorg en andere behandelingen. Het effect van CGT is volgens deze groep sterker bij de behandeling van persisterende symptomen dan in de acute fase. De effectiviteit van CGT in de acute fase van een eerste episode is niet duidelijk aangetoond. CGT kan inzicht en medicatietrouw bevorderen en heeft mogelijk een gunstig effect op het sociaal functioneren. De voordelen van CGT worden het duidelijkst merkbaar als de behandeling langer dan zes maanden duurt en minimaal tien sessies omvat. Als CGT langer dan drie maanden duurt, is het waarschijnlijker dat de terugval verminderd wordt in vergelijking met andere therapie. Kortdurende CGT kan beperkte verbetering opleveren in depressieve symptomen, maar heeft geen invloed op psychotische symptomen.

Psychoanalyse, psychodynamische therapieën, counseling en steunende psychotherapie zijn niet effectief, of minder effectief dan cognitieve gedragstherapie.

4.9 Ondersteunende therapieën, gericht op het vergroten van sociale en copingvaardigheden

Deze trainingen proberen vaardigheidstekorten op te heffen of te verminderen en copingstrategieën aan te leren. Patiënten leren praktische dingen: informatie over hun ziekte en hoe je moet omgaan met de medicijnen die hierbij horen. Belangrijk is ook het leren omgaan met de stress van alledag. Hoe pak je zo efficiënt mogelijk een probleem aan? Hoe schakel je familie, vrienden, helpers en hulpverleners hierbij in? Van welke hulpmiddelen kun je gebruikmaken bij het oplossen van financiële perikelen, het vinden van werk, dag- en vrijetijdsbesteding?

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie leiden de onderzochte Libermanmodules tot een toename van getrainde kennis en vaardigheden die eveneens bij follow-up van een jaar aanwezig blijft. Er is een aanwijzing dat dit ook leidt tot minder ziekenhuisdagen in een jaar follow-up vergeleken met activiteitentherapie. De effecten op sociaal-maatschappelijk functioneren zijn zwak en op een aantal gebieden afwezig. Er zijn geen effecten op symptomen. De modules 'Omgaan met psychotische symptomen' en in mindere mate de module 'Omgaan met antipsychotische medicatie' dragen de belofte in zich om ziekenhuisopnames uit te stellen. Meer onderzoek is echter noodzakelijk.

Sociale vaardigheidstraining resulteert vergeleken met standaardzorg in verbeterde psychiatrische toestand en verbeterd sociaal functioneren.

4.10 Netwerk

In of met behulp van een netwerkanalyse zijn de gunstige en ongunstige netwerkcontacten in kaart gebracht. Activiteiten in de behandelingsfase zijn vaak gericht op herstel van netwerkcontacten die verloren zijn gegaan.

Het planmatig begeleiden van het contact tussen patiënten en leden van het sociale netwerk of het contact van de netwerkleden onderling is in het belang van de behandeling van de patiënt. Het gaat hier om het onderhouden van netwerkcontacten met een positieve invloed.

4.11 Systeemtherapie

Systeemtherapie is gericht op herstel van relaties door het sociale netwerk bij de behandeling te betrekken en zo de kans op terugval te reduceren en de kans op sociale rehabilitatie te vergroten. Systeemtherapie is ook wel bekend als gezins- en relatie-therapie. Voor zowel de patiënt als voor zijn/haar omgeving kan systeemtherapie een belangrijke rol spelen. Familieleden, partners en directe anderen hechten groot belang aan duidelijkheid over aanpak en wat van hen verwacht wordt. Volgens de stichters van de systeemtherapie zijn menselijke problemen in de kern problemen die ontstaan tussen personen die lid zijn van dit systeem. Het onderliggende idee is immers dat als in een systeem (gezin, partnerrelatie) een van de leden een probleem heeft, ook het hele systeem ontwricht wordt. Omgekeerd kan men een individu helpen door het systeem waarin hij/zij leeft te versterken.

Er is nog weinig wetenschappelijke evidentie voor de werking van systeemtherapie. Een recente *randomized controlled trial* (RCT) naar het effect van systeemtherapie bij schizofrenie laat zien dat systeemtherapie resulteert in een beter klinisch verloop en medicijntrouw in vergelijking met de gebruikelijke psychiatrische behandeling (Bressie e.a., 2008). Verder is er in toenemende mate evidentie voor de preventieve werking van systeemtherapeutische programma's voor jeugdigen met antisociale gedragsproblemen, zoals multisysteemtherapie en functionele gezinstherapie (De Ruiter & Hildebrand, 2005). Een RCT uitgevoerd in 1995 liet al zien dat jeugdige delinquenten die

behandeld werden met functionele gezinstherapie minder recidiveerden op volwassen leeftijd in vergelijking met de standaard behandeling (Gordon e.a. 1995). Tevens laat een recente RCT een significante recidive reductie en verbeterd functioneren zien bij jeugdige delinquenten die met multisysteemtherapie behandeld werden (Timmons-Mitchell e.a. 2006).

4.12 Sociotherapie en milieu

Het moge duidelijk zijn dat de fysieke en sociale omgeving van de patiënt, het milieu, een belangrijke rol speelt. Het milieu op de afdeling zal voornamelijk ondersteunend, individueel gericht moeten zijn, met mogelijkheden voor prikkelregulering. Concreet betekent dit het in stand houden en versterken van de gezonde functies en het voorkomen van afglijden middels duidelijke structurering van tijd, ruimte en activiteiten, preventie van zelfdestructief en agressief gedrag, prikkeldosering, instellen op medicatie, vergroten ziektebesef en inzicht door psycho-educatie, overnemen van de zorg daar waar nodig.

Nu is er in behandelinstellingen en klinieken al enige tijd belangstelling voor de omgeving waarin de psychiatrische patiënt verblijft. Dit heeft uiteindelijk geresulteerd in een milieutherapeutische visie op behandelingen. In milieutherapeutische onderzoeken (Janzing & Kerstens, 1997; Janzing & Lanssen, 1996) wordt herhaaldelijk gewezen op het belang van een consistente en eenduidige organisatie van het milieu, gericht op een bepaald doel voor een omschreven patiëntengroep.

Een van de varianten van milieutherapie is het supportieve model. Het model sluit aan bij theoretische opvattingen van de gedragstherapie, de orthopedagogie en resocialisatieopvattingen. Het model biedt ruimte voor uitwerking in vele toepassingen, zoals de resocialiserende, de verzorgende en de medicamenteuze aanpak. Supportief staat voor ondersteunend en dragend. Centraal in de benadering is het leren, oefenen en trainen om competenties op te bouwen, te versterken of te behouden. Binnen het supportief milieu gaat men ervan uit dat een patiënt competentier wordt door het succesvol oplossen van probleemsituaties. Het supportieve milieu heeft als belangrijkste kenmerk de gerichtheid op het individu. Dat wil zeggen dat wordt aangesloten bij het niveau van de individuele patiënt, hij krijgt een behandeling op maat. Dit wil niet zeggen dat er niet met groepen gewerkt wordt, het werken in de groep is ten dienste van het behandel/leertraject van het individu.

Het supportieve model lijkt het beste aan te sluiten bij de eisen die de patiëntenpopulatie aan ons stelt. Het milieu kan gezien worden als een prothese voor de handicaps die voortkomen uit de stoornissen van de patiënt. Executieve functies die gemankeerd aanwezig zijn bij de patiënt worden door het milieu overgenomen.

Wil een milieutherapie effectief zijn, dan moet in die behandeling en de omgeving van de behandeling aan een aantal factoren aandacht worden besteed. Er wordt onderscheid gemaakt in factoren die de sociotherapie betreffen, de patiënt, de interactie tussen beide en de organisatie van de behandeling. De patiënt is de persoon om wie het draait in de behandeling. Ten slotte is het van belang dat de werkers op de afdeling hetzelfde referentiekader hebben: dezelfde taal spreken.

In een reguliere psychiatrische kliniek gebeurt plaatsing vaak op vrijwillige basis en mag van een patiënt een actieve en betrokken houding gevraagd worden. Hij is tenslotte degene die in de kliniek iets wil en moet leren. Kenmerkend echter voor de forensische situatie is dat er doorgaans sprake is van onvrijwilligheid. Allerlei factoren met betrekking tot de patiënt die in de theorie over milieutherapie worden genoemd als succesbevorderend, zijn bij de forensisch psychiatrische patiëntenpopulatie niet (automatisch) aanwezig. In de forensische praktijk ligt voor deze groep patiënten het hoofddaccent op het verpleegplan, uiteraard in een afgewogen combinatie met beveiliging en behandelplan.

In de praktijk zal ook veel accent liggen op samenwerking met de psychiatrische discipline: instellen op psychofarmaca en psycho-educatie.

Het basismilieu waarin patiënten met een psychotische kwetsbaarheid verblijven, voldoet aan de volgende te onderscheiden kenmerken:

- Er wordt een vaste week- en dagstructuur aangeboden.
- De acute of manifeste psychose wordt zo optimaal mogelijk medicamenteus behandeld in een respectvolle samenwerking met de patiënt, waarbij indien nodig de verantwoordelijkheid wordt overgenomen.
- Patiënten worden geactiveerd voor en ondersteund bij de verzorging van zichzelf en hun omgeving.
- Patiënten worden gestimuleerd tot zinvolle activiteiten aansluitend bij hun mogelijkheden.
- Het vertrekpunt is een individuele benadering en bejegening, waardoor flexibel en onderhandelend kan worden gewerkt.
- Vanuit dit supportieve model (ik-behoud en ik-versterking) leert de patiënt om te gaan met zijn situatie en ziektebeeld.
- Er is sprake van een laag EE-klimaat (geen overmatige bezorgdheid en kritiek) met behoud van een zo natuurlijk en direct mogelijk reageren.
- Patiënten worden gestimuleerd zoveel mogelijk hun eigen verantwoordelijkheid te nemen.
- Patiënten worden gestimuleerd tot het drugsvrij blijven en het drugsvrij maken en houden van de woonafdeling.
- Er wordt methodisch en doelgericht gewerkt aan problematische gedragspatronen, die gerelateerd zijn aan delictisico's.
- Er wordt evenzeer aangevoeld of ontspanning of afleiden van de problematiek noodzakelijk is.

4.13 Dagbesteding/werk

Psychiatrische patiënten zijn soms lange tijd uit het arbeidsproces geweest. Niet iedereen die in behandeling is (geweest) voor psychische problemen zal weer kunnen werken. Maar voor een grote groep mensen geldt dat zij graag (weer) deelnemen aan het arbeidsproces. Werk bevordert contacten met anderen en het opbouwen van een (nieuwe) kennissenkring. Daarnaast heeft werk vaak een gunstige invloed op het psy-

chisch welzijn en kan het een zinvolle daginvulling zijn. Het belang van adequate trajectbegeleiding naar leer- en werktrajecten willen wij dan ook benadrukken. Met de juiste begeleiding is de kans dat psychotische patiënten weer op een of andere manier kunnen deelnemen aan het arbeidsproces een stuk groter. Hiervoor is nodig dat er een grondige arbeidsanamnese wordt afgenomen waarin de vooropleiding, de werkervaring, eventuele problemen met werkgevers et cetera worden beschreven.

Volgens de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie is het opvallend dat onderzoek naar de training van praktische vaardigheden zo weinig voorhanden is. Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op vaardigheidstraining ter plekke, zodat de problemen met generalisatie van vaardigheden omzeild kunnen worden.

4.14 Materiële hulpverlening

Materiële hulpverlening houdt in het verlenen van hulp met betrekking tot onder andere inkomen, verzekeringen, schulden en eenvoudige juridische kwesties. Doel van materiële hulpverlening is ondersteuning, advies en begeleiding op materieel gebied, ten einde een stabiele materiële situatie voor de patiënt te verkrijgen.

4.15 Verslaving en persoonlijkheidsproblematiek

4.15.1 Verslaving

Bij forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis komen middelenmisbruik en afhankelijkheid van bewustzijnsbeïnvloedende middelen veel voor. Schattingen lopen enigszins uiteen, maar een voorgeschiedenis met middelenmisbruik lijkt toch wel zeker bij 70-80% van deze groep een rol te spelen. De meest voorkomende middelen zijn, net als in de algemene bevolking, alcohol en alle THC-derivaten. Daarnaast komt gebruik van alle andere (hard)drugs voor.

Behandeling van misbruik en afhankelijkheid bij deze groep is belangrijk omdat uit onderzoek genoegzaam is gebleken dat alcohol en andere drugs zowel drempelverlagend voor het ontstaan van een psychose als ook drempelverlagend voor het gebruik van geweld kunnen werken. Ook laten onderzoeksresultaten zien dat ook na lange periodes van (klinische) abstinentie van middelen de kans op terugval altijd aanwezig blijft (De Jong, 2008), waardoor de forensische verslavingsbehandeling een belangrijke plaats dient in te nemen in het kader van een delictpreventieve behandeling.

Indien er vanuit de delictanalyse aanwijzingen bestaan voor een relatie tussen het gebruik van middelen, het gepleegde delict en/of een psychotische decompensatie, is aandacht voor deze (verslavings)problematiek gewenst. Deze forensische verslavingsbehandeling kent verschillende methodes, waarvan wij er deze noemen: gecontroleerde afbouw van de afhankelijkheid (na opname), doelgroepspecifieke trainingen (Liebermanmodule Verslaving, Leefstijltraining), abstinentie (middels verbod), actieve

controle (urine- en ademtesten), geleidelijke exposure in vivo en medicamenteuze behandelvormen.

Er bestaat wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van de Libermanmodule Verslaving (Shaner, Eckman, Roberts & Fuller, 2003). Patiënten bleken verschillende strategieën te ontwikkelen om druggebruik te voorkomen. Zowel de psychiatrische symptomen als het drug- en alcoholgebruik verminderden duidelijk. De patiënten waren bovendien tevreden over de training en gaven aan dat de kwaliteit van het leven verbeterd was.

Met het geven van een goede verslavingsbehandeling is echter dit probleem niet opgelost. De Jong (2007) heeft middels onderzoek laten zien dat het brein ten gevolge van langdurig middelengebruik blijvende verandering ondergaat waardoor er ook na jarenlange abstinentie van middelen weer craving optreedt wanneer de patiënt wordt blootgesteld aan middelen 'die het brein herkent'. De Jong benadrukt hierbij dat het gaat om een autonome reactie van het brein.

Bovenstaande maakt duidelijk dat een adequate behandeling van (ernstige) verslavingsproblemen (zeer) langdurig aandacht en actieve monitoring vraagt, ook na de fase van klinische opname.

4.15.2 Persoonlijkheidsstoornissen

De aanwezigheid van persoonlijkheidsproblematiek doet in combinatie met een psychose de kans op een ernstig delict aanmerkelijk toenemen (Dean e.a., 2006; Moran & Hodgins, 2004; Nolan, Volavka, Mohr & Czobor, 1999). Het is daarom van groot belang om zowel in de diagnostische als behandel fase veel aandacht te hebben voor de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Omdat er geen specifieke behandelmethodiek bekend is voor deze doelgroep, verdient een eclecticische benadering de voorkeur waarin elementen van de cognitieve gedragstherapie een belangrijke sleutel vormen.

4.16 Delictscenario

Het delictscenario is indien mogelijk een resultaat van inspanningen van patiënt en behandelaar. In het delictscenario wordt uiteindelijk de aanloop naar het delict en het delict zelf beschreven tot en met de arrestatie. Soms is de patiënt niet in staat tot het opstellen van een delictscenario/delictanalyse, en dan wordt er een eenzijdige delictanalyse opgesteld door de behandelaar, die dan eventueel in een latere fase alsnog aan de patiënt ter bespreking kan worden voorgelegd.

Dit wordt volgens de gevoelens, herinneringen en beleving van de patiënt beschreven en zoveel mogelijk geverifieerd door externe bronnen zoals het proces verbaal, slachtofferverklaringen en andere objectieve gegevens.

Het resultaat is een tamelijk minutieuze beschrijving van situaties en gedragingen leidend tot het delict, inclusief de bij elke stap horende gevoelens, gedachten en fantasieën van de patiënt.

De behandelaar vervult in dit proces de rol van faciliteerder en confronteert en ondersteunt de patiënt bij het formuleren van het delictscenario. Het proces waarin dit plaatsvindt, maakt het mogelijk dat er na verloop van tijd steeds meer uitgewerkte en complete delictscenario's ontstaan.

Deze methode vergroot de kennis van de patiënt over zichzelf en maakt inzicht in eigen handelen mogelijk. Deze kennis en dit inzicht worden later gebruikt bij het maken van een terugvalpreventieplan.

Ten aanzien van de hierboven beschreven delictanalyse en delictscenario wordt opgemerkt dat het bij de groep psychotische patiënten niet altijd mogelijk is deze processen uit te voeren en zeker is dit vaak niet mogelijk in het begin van de behandeling. Afhankelijk van de ernst van de psychotische verschijnselen, de mogelijkheden van instelling op medicatie, het effect van de medicatie en de al dan niet blijvende beperkingen in het sociaal en cognitief functioneren, kunnen deze processen uitgevoerd worden.

Het is mogelijk om bij deze patiëntengroep delen van de delictanalyse/delictscenario uit te voeren of de methode sterk te vereenvoudigen. Het is immers in de eerste plaats van belang dat de patiënt, bij wie de mogelijkheden en beperkingen in kaart gebracht zijn, zoveel mogelijk leert over zijn gedrag en in het bijzonder het gedrag dat heeft geleid tot de totstandkoming van het delict of de delicten.

Een tweede opmerking wordt gemaakt over het delictscenario. De delictanalyse wordt gezien als onderdeel van het diagnostisch proces terwijl het delictscenario, zeker waar dat in de loop van de behandeling meer genuanceerd en aangepast wordt, gerekend kan worden als onderdeel van de behandelfase.

4.17 Signaleringsplan

Het signaleringsplan is idealiter een multidisciplinair product. Veel van de uitvoering hiervan vindt echter plaats in het leefmilieu van de patiënt waardoor de sociotherapie een belangrijke rol speelt. Wat signaleringsplannen met elkaar gemeen hebben is de preventieve aanpak, alarmsignalen of vroege voortekenen worden in kaart gebracht. Deze waarschuwen voor een psychische ontregeling en voor toenemende delictrisico's.

In een vroeg stadium wordt onderzoek gedaan naar de mogelijkheden van een patiënt om samen met zijn begeleider te werken aan een signaleringsplan. Het samenwerken en het plan zijn van even groot belang. Er wordt aandacht besteed aan de voorgeschiedenis en de situatie voorafgaand aan het delict.

In het signaleringsplan komt de bijdrage van de verschillende disciplines tot uiting. Er wordt naar gestreefd de patiënt zoveel mogelijk zelf eigenaar te maken van het plan, daartoe is het van belang dat er een overzichtelijke en hanteerbare samenvatting gemaakt wordt (kaartje).

Is het signaleringsplan klaar dan kan de patiënt in vele gevallen zelf de vroege voortekenen gaan monitoren. Per vroeg voortekenen worden drie niveaus van ernst beschreven. Het signaleringsplan sluit af met de door de patiënt gewenste aanpak.

Als het samen opstellen van een door de patiënt gedragen signaleringsplan niet haalbaar is, dan wordt besloten een zogenaamd eenzijdig signaleringsplan op te stellen. Een dergelijk eenzijdig signaleringsplan lijkt sterk op de hieronder beschreven aanpak. De patiënt is het vaak niet eens met de vroege voortekenen en hij kan of wil deze ook niet monitoren.

4.18 Terugvalpreventieplan

Bij het terugvalpreventieplan ligt het accent ook op denkfouten en korte-termijnoplossingen die de patiënt hanteert. Het past daarmee in een cognitief gedragtherapeutisch kader. Bij het risicomanagementplan ligt het accent op risico's uit de taxatie en de wijze waarop hieraan het hoofd kan worden geboden. Het risicomanagementplan kan ook aanwijzingen bevatten voor de toe te passen veiligheidsvoorzieningen en -methoden en vormen van verlof.

Tijdens de behandelingsperiode leert de patiënt wat hij/zij anders kan doen of laten. Dit staat geformuleerd in termen van concreet gedrag, gericht op gezonde omgang met de realiteit, en ook in termen van plannen en strevingen, gericht op toekomstig gedrag.

Mogelijkheden en behoeften aan interne en externe controle worden beschreven, waarbij factoren uit de eigen psychopathologie worden betrokken die een bepalende invloed kunnen hebben.

4.19 Gefaseerde terugkeer naar de maatschappij; verlof⁴

Een veilige re-integratie in de maatschappij vormt het einddoel van forensische behandeling (enkel daar waar behandeling niet mogelijk is, wordt gekozen voor duurzame veiligheid). Het doel van forensische behandeling is een zo effectief mogelijke behandeling en een optimaal niveau (veilig; geen recidive) van re-integratie in het maatschappelijke verkeer met zo min mogelijk professionele hulp (lees: niet te veel, maar ook niet te weinig).

Uit internationaal onderzoek blijkt dat een gefaseerde terugkeer naar de maatschappij - op basis van een verantwoord en doelgericht verlofbeleid - bijdraagt aan een verminderde kans op delicttherhaling.

De functie die de gefaseerde terugkeer naar de maatschappij vervult in het kader van de behandeling brengt met zich mee dat, uiteraard binnen grenzen van aanvaardbaarheid, het terugvallen in oude gewoonten en gedragingen door de patiënt kan voorkomen. Deze voorvallen worden besproken en vormen in de behandeling de aanleiding om met de patiënt verder te werken aan het ontwikkelen van nieuwe en alternatieve gedragingen, die de risico's op recidive verlagen.

4 Voor een beschrijving van diverse verlofmodaliteiten in de tbs zie bijlage 8.

De fase van verlof neemt hiermee in de forensische behandeling een zeer voorname plaats in. Het gaat bij de verschillende verlofmodaliteiten immers om een geleidelijke blootstelling aan verschillende prikkels en verleidingen en om een oefening met een omgeving die veel minder voorspelbaar en controleerbaar is dan het klinische behandelmilieu.

Gefaseerde terugkeer naar de maatschappij (verlof) dient daarmee als toets voor de consolidatie van bereikte behandelresultaten. In de confrontatie met de maatschappij ontstaat zicht op de wijze waarop de patiënt reageert op prikkels, verleidingen en impulsen die tijdens de klinische behandel- en detentiefase afwezig waren. Het gaat hierbij om een scala aan prikkels die in een intramuraal milieu niet zijn na te bootsen, maar die voor een adequate inschatting van het verdere behandelverloop onontbeerlijk zijn. Blootstelling aan deze prikkels dient vanuit veiligheids- en behandeloverwegingen gepaard te gaan met professionele begeleiding.

We wijzen erop dat voor verschillende justitiële titels verschillende verlofvoorwaarden gelden. Voor tbs-gestelden geldt thans de meest recente versie van Het Verloftoetsingskader, waarbij het Ministerie van Justitie aanvragen en verlengingen inhoudelijk en formeel toetst volgens een in te vullen format. Dit in tegenstelling tot veel andere juridische titels waarbij de behandelende kliniek zelf het verlofbeleid kan vormgeven zonder tussenkomst van het Ministerie.

4.20 Individuele behandelevaaluatie

Of een *individuele* patiënt werkelijk door de behandeling is vooruitgegaan is gewoonlijk niet met grote zekerheid vast te stellen zeker daar waar sprake is van comorbiditeit. Dit geldt voor de ambulante situatie, maar nog veel meer voor de klinische, gesloten behandeling. In die setting vinden gelijktijdig of gedeeltelijk overlappend zoveel behandelactiviteiten plaats (én allerlei vaak ingrijpende gebeurtenissen voor patiënten) dat het moeilijk is te bepalen of een vooruitgang echt is bewerkstelligd door de specifieke behandelactiviteit die geëvalueerd wordt of door een conglomeraat van andere factoren (Bartels & Spreen, in voorbereiding).

4.20.1 Huidige stand van zaken: kwalitatieve behandelevaaluatie

Individuele behandelevaaluatie gebeurt momenteel in veel forensische behandelcentra op een niet-expliciet omschreven wijze. Globaal omvat deze huidige wijze van evalueren de volgende stappen:

- 1 In een multidisciplinair overleg wordt per patiënt het initiële behandelplan opgesteld.
- 2 Op grond van het behandelplan worden per discipline afspraken gemaakt, die worden vastgelegd in disciplinedeelplannen.

- 3 Elke drie tot zes maanden wordt een behandelplanbespreking gehouden waarin de verschillende disciplinedeelplannen per patiënt worden geëvalueerd.
- 4 Minimaal eens per jaar vloeit hier een nieuw behandelplan uit voort.

Om behandeling te evalueren worden tijdens dit proces gestandaardiseerde meetinstrumenten toegepast die gevoelig zijn voor verandering. Dit kunnen diagnostische instrumenten zijn, maar ook risicotaxatie-instrumenten kunnen hiervoor worden gebruikt. Een verandering in scores geeft daarbij een indicatie of de patiënt voor- of achteruit is gegaan.

In de breedte zijn geen onderzoeken voorhanden naar deze kwalitatieve wijze van individuele behandelbeoordeling. Wel vindt er binnen een klein gebied onderzoek plaats naar een kwalitatieve individuele evaluatie methode: de forensische sociale-netwerkanalyse (FSNA) (Pomp, 2005). Met deze methode wordt op individueel niveau gekeken hoe het sociale netwerk van een patiënt eruitziet (interviews met patiënten en sociaaltherapeuten) en wat dat oplevert aan extra gegevens om de behandeling te ondersteunen en zo het recidiverisico te verkleinen. De voorspellende waarde van deze methode is op dit moment echter nog onduidelijk. Voor toekomstig onderzoek zal het zinvol zijn om met behulp van oude dossiers en al aanwezige recidivecijfers het voorspellende vermogen te toetsen.

4.20.2 Nieuwe ontwikkelingen: kwantitatieve behandelbeoordeling

Het formeel en structureel meten van het behandelverloop op *individueel* niveau staat in de kinderschoenen. Tot op heden worden er in de literatuur voornamelijk randomized clinical trials (RCT's) omschreven waarin het behandelresultaat in *groepen* wordt onderzocht. Er zijn echter wel enkele methoden in gebruik om op individueel niveau behandelbeoordeling uit te voeren. In de gedragstherapie is er de N=1-studie ('single subject designs'), een onderzoek over een behandeling van één persoon. N=1-studies komen oorspronkelijk uit de traditie van de operante gedragstherapie. Het gaat in die traditie om zeer duidelijke verschillen in bijvoorbeeld agressieafname van kinderen in een interventiefase in vergelijking met een baselinedfase en terugkeer tot de baselinedwaarden indien de interventie wordt gestopt. In de GGZ wil men evenwel 'blijvender' veranderingen; veranderingen van de persoon. Dan zijn veranderingen doorgaans hoogstens als indicaties aan te geven.

In de dagelijkse praktijk van behandelen bestaat behoefte om op formele wijze te kunnen beslissen of verandering bij een individuele patiënt gezien dient te worden als toevallig of structureel. Een kwantitatieve evaluatie heeft het voordeel dat men gedwongen is goed na te denken over welke variabelen men kwantificeert en op welke manier men deze variabelen kwantificeert. Behandelbeoordeling op individueel niveau kent echter beperkingen. Bij groepsvergelijkingen vergelijkt men bijvoorbeeld test-scores van personen in de vóór- en idem in de nameting. Bij één persoon heeft men slechts één testscore per test en per meting. Wil men bij die ene testscore tot een statistisch significant verschil concluderen, dan is vaak een aanzienlijk verschil nodig. Een verschil tussen vóór- en nameting dat bij een groep zonder probleem significant is, is dat in het individuele geval heel vaak niet. Dat is logisch, de toets corrigeert als het ware voor toevalsinvloeden en die zijn bij één persoon uiteraard veel groter dan in

een groep. Maar het nadeel is dat duidelijke vooruitgangssignalen voor de behandelaar heel vaak niet worden teruggevonden bij de individuele evaluatie met behulp van meetinstrumenten.

Goal Attainment Scaling

Een bekende, al uit de jaren zestig van de vorige eeuw afkomstige en veel gehanteerde methode voor behandel-evaluatie is *Goal Attainment Scaling*, vaak afgekort tot GAS (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk, Smith & Cardollo, 1994; Melief, Hoekstra, Langerak, Sijben & Wevers, 1979).

Er zijn op GAS een aantal varianten ontwikkeld die minder populair werden dan de oorspronkelijke GAS. Bij GAS worden waarden gegeven aan bereikte of niet bereikte doelen. Nul is het bereiken van het doel, 1 is meer dan verwacht bereiken, 2 is veel meer dan verwacht, -1 is minder dan verwacht en -2 veel minder dan verwacht. Er is dus één ijk-niveau per doel: de verwachting. Er kunnen aan schalen gewichten worden toegekend. Worden er meer doelen gesteld dan zullen die doorgaans enigszins correleren. Vaak zijn ze op patiëntniveau onderling gerelateerd. Dus het bereiken van één doel maakt de waarschijnlijkheid van het (gedeeltelijk) realiseren van een ander doel groter. Een ander nadeel van GAS is dat het ijk-niveau de verwachting is. Een minder dan verwachte doelrealisatie (waarde -1) kan evenwel nog steeds vooruitgang zijn. Waarde -1 kan derhalve zowel aan achteruitgang, gelijk blijven als (enige) vooruitgang gekoppeld zijn. Bartels (1989) ondervindt met zijn 'Evaluatiescore' deze bezwaren, maar deze is buiten een beperkte kring van gedragstherapeuten niet bekend. Bartels hanteert twee ijk-niveaus: 0 (gelijk blijven) en ½ (gewenste vooruitgang). Andere waarden zijn: 1 (duidelijk meer vooruitgang dan verwacht), zo ook -½ en -1 voor achteruitgang. Aan schalen kunnen gewichten worden toegekend; de score is het gemiddelde. GAS is internationaal bekend en voor internationale publicaties daarom aan te bevelen.

Normgroepen

Een andere manier om behandel-evaluatie te kwantificeren is het gebruik van normgroepen; hierbij wordt het individu met een normgroep vergeleken.

Bij de constructie van een psychodiagnostisch of evaluatie-instrument worden normgroepen opgesteld.

Een voorbeeld van het gebruik van normgroepen is de veelgebruikte vragenlijst Symptom Checklist 90 (90 vragen, afkorting: SCL90; Arrindell & Ettema, 2003; Arrindell, Boosma, Ettema & Stewart, 2004). Deze vragenlijst heeft onder andere de normgroepen 'ambulante psychiatrische patiënten' en de 'bevolking in zijn geheel'. Per normgroep zijn er dan scorecategorieën zeer laag, laag, benedengemiddeld, gemiddeld, bovengemiddeld, hoog, zeer hoog. Een patiënt kan naar een 'betere' normgroep gaan. Dat is dan mogelijk een indicatie voor vooruitgang. Ook kan men aan categorieën als zeer laag, laag etc. waarderingen koppelen. Bij de SCL90 geldt: hoe hoger de score, hoe ongunstiger.

Het werken met normgroepen heeft overigens bezwaren. Ten eerste is het de vraag wat het zegt dat iemand van gemiddeld angstig naar benedengemiddeld angstig is gegaan, of van hoog naar bovengemiddeld. Ten tweede telt een grote verandering binnen één normgroep niet mee, maar een kleine over een normgroepgrens heen wel.

Ten derde blijft de vraag naar de meest relevante normgroep. De genoemde SCL90 heeft bijvoorbeeld zes normgroepen, zoals de al genoemde 'bevolking in z'n geheel' en 'poliklinische psychiatrische patiënten'.

Als aan normgroepen een score te verbinden is (bijvoorbeeld 1 = zeer laag, 2 = laag, 3 = benedengemiddeld etc.), dan kan men de scores voor de schalen waarop men verbetering verwacht optellen voor de vóórmeting en idem de nameting. Als de som verschilt, zou dat iets kunnen zeggen. Wat het zegt, is vooral afhankelijk van hoe de verbetering van normgroep(en) past binnen het geheel van het behandelplan en de interventietheorie.

Statistische overwegingen

Als een persoon bij een nameting gunstiger scoort dan bij de voormeting kan op basis van de *standard error of measurements* (s_e) berekend worden hoeveel kans er is dat het verschil tot stand kwam op basis van toeval. Twee scores verschillen van elkaar met een waarschijnlijkheid van 95% ($\alpha = 0.05$) als de onderlinge afstand $1,96 \times S_e$ groot is. Dat geldt indien er geen verwachting is van de richting van het verschil. Indien dat wel zo is, is een afstand van $1,645 \times S_e$ nodig. Om significant te zijn, vraagt toetsen op basis van de standaardmeetfout echter wel om behoorlijke vooruitgang.

De *Reliable Change Index* (RCI) is verwant aan de standaardmeetfout (= afgeleide van de standaardmeetfout van een verschil). Werken met de RCI is niet beter dan de standaardmeetfout, maar een iets ander principe. De RCI is het meest robust, maar zal ook vaak niet significant zijn als er toch in werkelijkheid wel een effect is. Om deze reden zijn er alternatieve statistische methoden waarbij makkelijker een verschil wordt gevonden in het individuele geval.

Het eerste alternatief is een toetsingsprocedure conform een McNemar-toets (voor verdere informatie zie: Bisshop, Fienberg, Holland, Light & Mosteller, 1995). De tweede manier is op basis van de itemscores, waarbij itemscores worden beschouwd als waarnemingen, waarmee een t-toets kan worden uitgevoerd of een non-parametrische toets als de Wilcoxon. De manier van werken wordt uitgelegd door Bartels, Spreen, Schuringa en Teeken (2008). De derde manier introduceert als het ware een vaste standaardmeetfout (voor details zie: Bartels, Spreen, Schuringa & Teeken, 2008).

Op de genoemde drie manieren kunnen door itemscores te beschouwen als afzonderlijke waarnemingen verschillen van vóór- naar nameting en eventueel follow-up-meting(en) worden getoetst. De procedure omvat vervolgens dat na de eerste meting en het bezien van de scores hypothesen worden gesteld over de te verwachten vooruitgang: dus op welke schalen van bijvoorbeeld de SCL90 vooruitgang wordt verwacht, wellicht enige vooruitgang wordt verwacht en waarop geen vooruitgang wordt verwacht. Deze verwachtingen worden door een collega medeondertekend en 'gedeponeerd' bij het secretariaat of een externe instantie. Na meting 2 wordt vooruitgang berekend op basis van een van de genoemde manieren. Tevens wordt getoetst, met een coëfficiënt, of de verwachtingen overeenkomen met de uitslagen en hoe de totale vooruitgang gewaardeerd kan worden. De behandelaar krijgt hierdoor een nauwkeurige feedback op de vooruitgang en tevens op de adequaatheid van de verwachtingen. De ervaring is dat behandelaars geleidelijk aan steeds nauwkeuriger verwachtingen gaan formuleren.

4.20.3 Toepassingen

Er is nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek voorhanden waarin wordt onderzocht welke instrumenten geschikt zijn om op een kwantitatieve manier behandeling op individueel niveau te evalueren. Hieronder worden een aantal studies besproken waarin de bruikbaarheid van bepaalde diagnostische instrumenten voor individuele behandelbeoordeling is onderzocht. De studies zijn gerangschikt naar het type metingen van de verschillende instrumenten (persoonlijkheidskenmerken, coping, gedrag of motivatie). Daarnaast wordt kort ingegaan op het risicotaxatie-instrument HKT-30 als behandelbeoordeling-instrument.

Persoonlijkheidskenmerken

In een studie van Timmerman en Emmelkamp (2005) zijn in FPC Veldzicht behandel-effecten van cognitieve gedragstherapie op individueel niveau geëvalueerd bij forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. De behandel-effecten werden gemeten met onder andere de *Symptom Checklist (SCL90)*, de *Dissociation Questionnaire (DIS-Q)*, de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV), de *Spielberger State-Trait Anger Scale (STAS)* en de *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Om individuele behandel-effecten weer te geven werden *reliable change indices (RCI's)* berekend. Op individueel niveau was er echter geen aanmerkelijke verandering in de uitkomstmaten, terwijl deze op groepsniveau wel verbeterden. Dit kan betekenen dat de behandeling niet succesvol was of dat de geselecteerde instrumenten minder geschikt waren om individuele veranderingen te meten in deze forensische populatie.

In een studie in de Van der Hoeven kliniek werden de *Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R)* en de *Structured Interview for DSM Personality Disorders (SIDP-R)* gebruikt voor individuele behandelbeoordeling bij forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (Greeven & de Ruiter, 2004). Met behulp van RCI's werd berekend dat de symptomen van 40% van de patiënten aanmerkelijk verbeterd waren.

Coping

In de genoemde studie van Timmerman en Emmelkamp (2005) werd ook de Utrechtse Coping List (UCL) succesvol gebruikt voor individuele behandelbeoordeling. Met behulp van de scores op deze vragenlijst werden RCI's berekend om het individuele behandel-effect weer te geven.

Gedrag

De *Scale for Interpersonal Behavior (SIB)* en de *Forensic Inpatient Observation Scale (FIOS)* kunnen worden gebruikt als instrumenten voor individuele behandelbeoordeling (Timmerman & Emmelkamp, 2005). Ook met behulp van de scores op de SIB werden RCI's berekend. Met de FIOS was dit echter niet mogelijk; bij dit instrument werd een verbetering in score van minstens 10% (ten tijde van de vijfde follow-up) ten opzichte van de baselinescore als een significante verbetering gezien.

De ASP-NV (Atascadero Skills Profile-Nederlandse Versie) is een nieuw gedragsobservatie-instrument voor behandelaren dat het niveau van functioneren van een patiënt op tien vaardigheidsdomeinen in kaart brengt, vastlegt en veranderingen op de

vaardigheidsdomeinen inzichtelijk weergeeft (Schuringa e.a. in voorbereiding). Het gaat om domeinen die forensisch-psychiatrisch relevant worden geacht. Dit instrument is geschikt voor individuele behandel-evaluatie, maar ook voor onder andere risicotaxatie, behandelplanning en bijstelling van de behandeling.

Met de ASP-NV kan een gestructureerd oordeel over het gedrag van de patiënt gegeven worden. In tegenstelling tot de oorspronkelijke ASP-methode waarin gebruik-gemaakt wordt van consensusscores, is voor de ASP-NV gekozen voor onafhankelijke scores van de afzonderlijke beoordelaars. Om met behulp van deze onafhankelijke scores de eventuele voortgang van een individuele patiënt vast te kunnen stellen is er voor de ASP-NV een specifieke statistische methode ontwikkeld⁵. Deze methode houdt in dat voor de formele vaststelling van een verandering in vaardigheden van de patiënt de scores van de beoordelaars beoordeeld worden op twee aspecten. Het eerste aspect is een statistische methode die 'de mate van verandering' toetst (behandel-evaluatie). Het tweede aspect is de psychometrische kwaliteit van de gegeven scores voor een individuele patiënt (mate van overeenstemming en mate van consistentie). Beide aspecten van de scores worden zowel per item als per domein bekeken en leveren gespreksonderwerpen op voor een multidisciplinaire bespreking. De scores voor de patiënt worden dan vergeleken met scores van de patiënt op een eerder tijdstip waar-bij de eerdere metingen als baseline dienen. Deze benadering is ontwikkeld in het kader van het onderzoek 'N=1 statistiek voor behandel-evaluatie'(Spreeen, Stam & Bartels, 2003) zoals hierboven al beschreven is.

Motivatie

Tot op heden is er geen instrument beschikbaar om de mate van motivatie van een patiënt in de tbs-setting te meten. Wel zijn er twee instrumenten ontwikkeld om behandel-motivatie in de ambulante setting te meten (De Therapie Motivatie Schalen (TMS-F) en de Beoordelingslijst Inzet voor de Behandeling (BIB)) (Drieschner, 2005). De resultaten van het betrouwbaarheids- en valideringsonderzoek laten zien dat beide instrumenten voldoende nauwkeurig zijn om op basis van de scores conclusies over individuele patiënten te kunnen trekken. Verder wordt de feitelijke inzet voor de be-handeling redelijk goed voorspeld door de patiënt gerapporteerde bereidheid om zich voor de behandeling in te zetten. Daar motivatie een belangrijke determinant vormt van het behandel-succes kan het voor individuele behandel-evaluatie in de tbs-kliniek erg nuttig zijn om over een instrument te beschikken dat in staat is verandering in motivatie te meten. De ontwikkeling van een dergelijk instrument dan wel aanpassing voor de tbs-setting van de genoemde bestaande instrumenten wordt daarmee aan-geraden.

Risicotaxatie- instrument HKT-30

In de FPC de Kijvelanden is onderzocht of HKT-30 scores van tbs-patiënten verbeteren naarmate ze langer in behandeling zijn. Meer specifiek werd de HKT-30 352 maal af-genomen bij 190 verschillende patiënten. Gemiddeld scoorden de patiënten bij de eer-

5 Voor een beschrijving van de statistische methode of het evaluatierapport kan contact opgenomen worden met de auteurs: FPC Dr. S. van Mesdag, Engelse Kamp 5, 9722 AX Groningen. E.Schuringa@dji.minjus.nl.

ste meting significant hoger dan bij de tweede meting, waarbij hogere scores hogere recidiverisico's weerspiegelen. Daarnaast werd onderzocht op welke afzonderlijke HKT-items significant vooruitgang werd waargenomen, maar ook op welke items geen verbeteringen werden gevonden (Nijman, De Kruyk, & Van Nieuwenhuizen, 2002).

4.20.4 Routine Outcome Monitoring

In een recente studie (De Beurs & Barendregt, 2008) naar welke methoden van therapie-effectonderzoek toepasbaar en realiseerbaar zijn in de tbs-sector, wordt de aanbeveling gedaan om *Routine Outcome Monitoring* (ROM) te implementeren. Het voornaamste kenmerk van dergelijk onderzoek is dat men het effect meet van klinisch handelen in de praktijk van alledag, hierbij gebruikmakend van in wetenschappelijk effectonderzoek ontwikkelde instrumenten en methodologie. In principe wordt bij alle patiënten die bij een instelling onder behandeling zijn periodiek de klachten of het functioneren gemeten en wordt vastgelegd wat de behandeling voorafgaande aan de meting was. Doel van dit soort onderzoek is onder meer na te gaan in hoeverre behandelingen, die onder gecontroleerde omstandigheden van wetenschappelijk effectonderzoek werkzaam zijn gebleken, nog effectief zijn als ze in de klinische praktijk worden uitgevoerd. Hiertoe worden alle patiënten in een instelling herhaaldelijk gedurende hun behandeling met dezelfde instrumenten gemeten en wordt vastgelegd wat de behandeling inhield, zodat vastgesteld kan worden welk effect hiermee wordt gesorteerd.

Er zijn verschillende subdoelen bij ROM die relevant kunnen zijn voor de tbs. Ten eerste is dat feedback bieden aan de individuele behandelaar en diens patiënt over het verloop van de klachten ter ondersteuning van het klinisch handelen. Er wordt gezocht naar een optimale afstemming van meetmomenten met het klinisch handelen, zodat gegevens beschikbaar zijn op het moment dat er een beslissing genomen moet worden over voortzetting, verandering of afsluiting van de behandeling. Een tweede doel is om het management van een instelling meer inzicht te bieden in de effectiviteit van handelen in (sub)divisies van de instelling of van individuele therapeuten. Een derde doel is een 'meetvriendelijke' cultuur in de instelling tot stand te brengen, waarin uitspraken over het klinische functioneren van patiënten ondersteund worden met de uitkomsten van gestandaardiseerde en gevalideerde meetinstrumenten. Het implementeren van ROM kan dus de individuele behandelevaaluatie ten goede komen.

Om tot een implementatie van ROM te komen zal de bestaande meetcultuur in de tbs verder ontwikkeld moeten worden. De tbs-sector zal baat hebben bij het opzetten van infrastructurele voorzieningen voor het systematisch monitoren van therapie-relevante variabelen. Een dergelijke infrastructuur bestaat minimaal uit gestandaardiseerde diagnostiek en indicatiestelling, monitoring van het effect en van responsiviteitsvariabelen en het vastleggen van de aard van de behandeling. Hierbij is het belangrijk uitgebreid stil te staan bij de selectie van instrumenten voor het meten van de uitkomst van de behandeling. Er zijn drie typen instrumenten: zelfrapportage, beoordelingsschalen en *event monitoring*. Het gebruik van zelfrapportage in de tbs kent beperkingen. Zelfbeoordeling zal bij voorkeur moeten worden aangevuld door beoordelingsschalen en

event monitoring. Behandelevaluatie wordt methodologisch sterker wanneer de uitkomst van de behandeling vanuit verschillende gezichtspunten (patiënt, behandelaar, onafhankelijk beoordelaar) wordt gezien. Het patiëntvolgsysteem dat sinds 2004 in de Mesdagkliniek loopt, is een aanzet tot ROM. Dit systeem houdt namelijk in dat op gezette tijden diagnostiek wordt gedaan om gedragsveranderingen per patiënt in kaart te brengen. Van elke patiënt wordt standaard een set psychodiagnostische gegevens (zelfrapportagelijsten en rapportage door derden) opgeslagen die kunnen bijdragen aan het bijsturen van behandelingsdoelen en methoden. Het vastleggen wat de behandeling inhoudt, zodat vastgesteld kan worden welk effect hiermee wordt gesorteerd, maakt echter (nog) geen deel uit van dit systeem.

4.21 Van behandeling naar resocialisatie

Wanneer de behandeling zodanig is gevorderd dat het recidivegevaar voldoende is verminderd kan overgegaan worden naar de resocialisatiefase. Deze fase wordt in het volgende hoofdstuk beschreven.

5 Resocialisatiefase

5.1 Uitgangspunten resocialisatiefase

De resocialisatiefase is een belangrijke fase in de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten.

In deze fase moeten enerzijds alle geleerde vaardigheden en bereikte behandelresultaten uit de klinische fase in een traject naar een andere, vaak minder gestructureerde setting, met soms ook meer vrijheden, worden getest en bestendigd. Daarnaast moeten er nieuwe vaardigheden worden ontwikkeld die in de beschermde omgeving van de kliniek minder goed geleerd kunnen worden, zoals bijvoorbeeld het op tijd aangeven van grenzen, inroepen van hulp en andere, meer op huishoudelijke en zelfzorg gerichte vaardigheden. Het reïntegreren in de maatschappij met zo min mogelijk, maar zeker niet te weinig (!), professionele hulp is het belangrijke thema in deze fase.

Uiteraard gaat aan de werkelijke fase van terugkeer in de maatschappij een vaak langdurige fase van klinische pre-resocialisatie vooraf. Het is belangrijk om dit te benadrukken omdat het feitelijke proces van resocialisatie al gedurende de klinische fase een aanvang neemt.

Het feit dat het gaat om forensische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid maakt dat het proces van resocialisatie om een specifieke aanpak vraagt. Zo komt in deze fase, meer dan in de voorgaande fasen, het risicomanagement heel centraal te staan, maar is het ook de kunst om de stappen naar buiten toe in tempo en inhoud goed af te stemmen op de (on)mogelijkheden van iedere individuele patiënt.

In het resocialiseren van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid wordt uitdrukkelijk gekozen voor het zogenaamde handicapmodel. In dit model worden handicaps omschreven als het verlies dat optreedt wanneer men betekenisvolle rollen kwijtraakt ten gevolge van de psychotische stoornis. Daarbij kan gedacht worden aan zowel sociaal als ook professioneel rolverlies. Middels het proces van resocialisatie wordt getracht om de patiënt geleidelijk weer zoveel mogelijk deel te laten nemen aan het maatschappelijke verkeer. Hierdoor wordt het voor patiënten mogelijk om, rekening houdend met hun beperkingen, weer betekenisvolle rollen op te pakken en te ontwikkelen (rol-herstel).

De resocialisatiefase wordt gekenmerkt als 'voorwaardelijke vrijheid onder toezicht' (Leuw, 1995). Er wordt getoetst in hoeverre een patiënt op een verantwoorde manier met zijn gedeeltelijk herwonnen vrijheid omgaat. Deze toetsing vindt plaats vanuit twee tijdsperspectieven, ten eerste een korte- termijnperspectief (gedurende de verloven) en ten tweede een lange-termijnperspectief (na beëindiging van de maatregel). Het korte-termijnperspectief van het risicomanagement tijdens de resocialisatiefase is

het voorkomen van risicovol gedrag en het aanleren van vaardigheden om risicovol gedrag te kunnen voorkomen. Ook het aanbieden en leren gebruiken van belangrijke hulpbronnen is van belang in deze fase. Het langere termijnperspectief van risicomangement is stabiel gedrag van de patiënt in een toekomstige stabiele en relatief risicovrije omgeving.

5.2 Doel resocialisatiefase

Het doel van de resocialisatiefase is psychotisch kwetsbare forensische patiënten te laten wonen, werken, leren en socialiseren onder zo optimaal mogelijke omstandigheden waarbij de veiligheid voor patiënt en samenleving gewaarborgd is en waarbij de patiënt zo min mogelijk professionele hulp ontvangt.

5.3 Organisatorische aspecten

Resocialisatie is nadrukkelijk onderdeel van de behandeling. Deze laatste fase in de behandeling heeft het karakter van een oefensituatie waar de patiënt geleerde vaardigheden kan uitbreiden en consolideren. Er dient transfer en generalisatie plaats te vinden van vaardigheden op alle voor de individuele patiënt van toepassing zijnde (risico)gebieden, passend bij de mogelijkheden en beperkingen van zowel de patiënt als zijn omgeving, waaronder de vervolgvoorziening. In de resocialisatiefase komen behandelmodules terug die al eerder zijn afgerond, meestal in herhalings- of boosterssessies. Het werken met open groepen biedt de resocialiserende patiënt de gelegenheid behandelmodules meerdere keren te volgen, met inbreng van de ervaringen die de patiënt opdoet tijdens de resocialisatie. Er is echter geen onderzoek bekend naar de effectiviteit van herhaling van modules. Buiten de kliniek kunnen ambulante voorzieningen of andere externe instanties behandelmodules en dagbesteding bieden om patiënten nieuwe vaardigheden aan te leren die in de gesloten omgeving van de kliniek minder of op een andere wijze aan de orde waren.

Inherent aan oefenen is dat er kleine fouten gemaakt kunnen en mogen worden. Gedrag van de patiënt dat als (mogelijk) risicovol kan worden aangemerkt, dient onderwerp te zijn van bespreking, opdat zowel patiënt als behandelaar daarvan kunnen leren. Factoren waarvan al bekend zijn dat ze later in het leven van de patiënt een rol gaan spelen dienen te worden ingecalculeerd in het behandelplan. 'Veilige' fouten binnen de therapeutische setting, die wel kunnen bijdragen aan het doel van de resocialisatie, moeten toegestaan kunnen worden. Op dit moment zijn er geen vaste richtlijnen hoe te handelen in geval van misstappen.

5.3.1 Start van de resocialisatiefase

De resocialisatie heeft geen duidelijk beginpunt maar ontstaat geleidelijk aan in de klinische fase van de behandeling. Vaak zijn het de fysieke veranderingen van overplaatsingen naar minder beveiligde of minder gesloten omgevingen die de resocialisatiefase concreet gestalte geven. Wij pleiten ervoor om bij de groep forensische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid al in een vroeg stadium te starten met rehabiliterende methodieken en pre-resocialiserende activiteiten. Gedacht kan daarbij worden aan het aanleren van bepaalde vaardigheden, het werken met trajectplannen, de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB), signaleringsplannen en risicomanagementplannen.

5.3.2 Gefaseerde resocialisatie

Binnen de forensische behandeling en zorg voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid gaat het eigenlijk altijd om complexe meervoudige problematiek en een complexe zorgvraag. Forensisch psychiatrische behandeling is dan ook vaak langdurig. De wens tot gefaseerde uitstroom staat vaak op gespannen voet met de concepten van rehabilitatie die training *on the job* propageren. Om 'veilige' zorg en behandeling te kunnen leveren is echter een gefaseerde uitstroom wenselijk. Zoals eerder opgemerkt begint de fase van (pre-)resocialisatie reeds in de kliniek en niet bijvoorbeeld pas in geval van een overplaatsing naar een minder beveiligde of minder gesloten omgeving.

De overgang van intensieve naar minder intensieve begeleiding en van begeleiding door de ene naar de andere organisatie moet geleidelijk plaatsvinden, om de volgende redenen (o.a. Eaves e.a., 2000; Nedopil & Banzer, 1996; Muller-Isberner, 1996; Heilbron & Peters, 2000; Egg, 2004; EFP, 2003; Baardemans, 2000):

- De patiënt te laten wennen aan de veranderde situatie
- Te kunnen toetsen of de overgang verantwoord is en de patiënt kan omgaan met de grotere eigen verantwoordelijkheid
- De bereidheid van de vervolgvoorziening om de begeleiding op zich te nemen te bevorderen en wellicht eerder te laten beginnen (bijvoorbeeld door patiënt en medewerkers van de vervolginstelling alvast met elkaar kennis te laten maken in de kliniek)
- De opgebouwde kennis over de patiënt zorgvuldig over te dragen.

5.3.3 Samenwerking met ketenpartners

Succesvolle resocialisatie vraagt samenwerking met diverse (keten)partners met goede afspraken over na- en 'voorzorg'. Overleg, afstemming, zorgverdunding, crisisafspraken en gezamenlijke verantwoordelijkheid zijn hierbij van belang. Dilemma's en conflicten zijn vaak terug te voeren op de noden, mogelijkheden en onmogelijkheden van de diverse contexten van zorg en verblijf.

Zoals eerder reeds genoemd is de kwaliteit van het contact binnen de zorgketen van een patiënt van essentieel belang voor diens individueel afgestemde resocialisatietraject. Onder de zorgketen worden de bij het individu betrokken instanties gericht op zorg en rehabilitatie verstaan. Bij de psychotisch kwetsbare patiënten, bij wie van een handicapmodel en blijvende inbedding in (psychiatrische) zorg wordt uitgegaan, gaat het om de samenwerking vanuit de tbs-kliniek of FPK (de FPC's) met FPA's, RIBW's, reclassering, forensische poliklinieken, GGZ-instellingen, Longstay- en Longcare voorzieningen.

De kwaliteit van samenwerking is vanzelfsprekend van grote invloed op het individuele succes. Voor het forensisch psychiatrisch behandelcentrum is het de taak ten aanzien van de forensische aspecten van een patiënt de minder op dit aspect gerichte vervolginstellingen te informeren, eventueel op te leiden en te ondersteunen in het gebruik van op de delictgerelateerde factoren toegespitste risicomanagementplannen. Met behulp van de (uitwisseling van) informatie kan de zorg qua intensiteit en extern aangebrachte structuur worden afgestemd op individuele zorgbehoefte/noodzaak.

Vervolginstellingen voelen zich en zijn soms onvoldoende geoutilleerd om forensische patiënten op te nemen.

Verschillende knelpunten in de resocialisatie/uitstroomfase worden in het forensische veld opgemerkt.

In de eerste plaats geldt comorbiditeit vaak als knelpunt in de uitstroomfase. Patiënten bij wie naast psychotische kwetsbaarheid sprake is van persoonlijkheidsproblematiek of verslavingsproblematiek of een delictverleden op het gebied van zeden blijken vaak moeilijk te plaatsen in een vervolginstelling, terwijl dit in het individuele geval wel geïndiceerd wordt geacht.

Een tweede knelpunt is onhelderheid rond de financiering van zorg en de eindverantwoordelijkheid in verschillende stadia van resocialisatie.

In de praktijk blijkt dat met name goede afspraken rondom (dreigende) crises van groot belang zijn om een patiënt al dan niet in een (niet-forensische) vervolgvoorziening onder te brengen. Directe bereikbaarheid en garanties van een opname bieden dan de zekerheid op basis waarvan ontvangende zorgpartijen hun medewerking kunnen en willen verlenen in het kader van resocialisatie. Het werken met zogenoemde crisiskaarten (GGZ Drenthe) is daarvan een voorbeeld: patiënten die doorstromen ontvangen een crisis(preventie)kaart waarop staat wanneer en onder welke voorwaarden kan worden overgegaan tot een crisisplaatsing. De forensische kliniek verplicht zich in die gevallen tot opname zodat op die manier een belangrijke vangnetconstructie ontstaat die faciliterend werkt in de doorplaatsing van forensische patiënten.

Een ander belangrijk punt van aandacht is dat vele vervolgvoorzieningen voor de forensisch psychiatrische patiënt met psychotische kwetsbaarheid in de afgelopen tijd een proces van vermaatschappelijking heeft doorgemaakt. Hierdoor blijkt in de praktijk vaak dat de stap van de forensische kliniek naar een dergelijke vervolgvoorziening een lastige, vaak te grote stap is. Als voorbeeld hierbij kunnen we de RIBW'en noemen die zich in de afgelopen jaren niet alleen meer gericht hebben op maatschappelijke integratie en kleinschaligheid, maar die ook vaak regels hanteren die weliswaar parallel lopen met de maatschappelijke normen, maar die voor kwetsbare psychotische patiënten vaak voor problemen zorgen. Het toestaan van het gebruik van alcohol en

softdrugs is daarvan een voorbeeld. Voor veel forensisch psychotische patiënten is dergelijk middelengebruik gerelateerd aan het delict, waardoor overplaatsing naar een dergelijke voorziening eigenlijk per definitie een onmogelijke opgave wordt. Het gezamenlijk oprichten van forensische RIBW'en kan op voorgaande een passend antwoord zijn en deze ontwikkeling vindt landelijk ook in steeds meer regio's plaats.

Uitbreiden ketenpartners

Voor de forensisch psychiatrische behandelcentra bestaat daardoor de noodzaak het aantal ketenpartners uit te breiden en zelf nieuwe vormen van extramurale forensische psychiatrische zorg te ontwikkelen om de knelpunten die bij de uitstroming van deze langdurig zorgafhankelijke patiënten zijn gebleken proberen te verhelpen.

5.4 Inhoud resocialisatie

In de resocialisatiefase komen behandelmodules terug die al eerder zijn afgerond, in herhalings- of boostersessies. Bijvoorbeeld delen van een Libermantraining 'omgaan met medicatie' of 'psychotische symptomen'. Maar ook de Libermantrainingen 'verslaving' en 'vrije tijd' horen in deze fase aan bod te komen.

Een sociale-vaardigheidstraining kan op indicatie diverse onderdelen herhalen en uitbreiden. Hetzelfde geldt voor (individuele) psycho-educatie.

Daarnaast worden behandelthema's aangeboden die specifiek zijn voor deze fase. Te denken valt hierbij aan een module 'omgaan met geld/leren budgetteren'. Een kookcursus of individuele begeleiding bij het plannen en uitvoeren van dagelijks boodschappen doen en koken slaan ook in deze fase het best aan. Ook trajectbegeleiding naar arbeid of een andere zinvolle dagbesteding hoort grotendeels in deze fase thuis.

5.5 Dagindeling en structuur

Forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid zijn gebaat bij structurering van hun leefomgeving en dagindeling. Een goede bejegening is daarbij van groot belang omdat een te rigide structurerende opstelling leidt tot toename van stress die niet bevorderlijk is voor het EE-klimaat in de woon- en leefomgeving van de patiënt. Het is daarom van belang om een duidelijke dagindeling te hebben die is afgestemd op de patiënt (afspraken op individuele maat) zodat rekening gehouden kan worden met de beperkingen.

Vaak is er sprake van een verschoven slaap-waakritme wat door diverse factoren veroorzaakt en beïnvloed wordt. Van sterk sederende middelen is het bekend dat ze het slaap-waakritme kunnen verschuiven (sleep-advance) maar ook is er vaak sprake van een verlengde slaapduur door de sedatie en is met name het opstaan een probleem. Negatieve symptomen dragen hieraan nog verder bij. Het is daarom raadzaam om weliswaar een dagprogramma te bieden dat begint rond 8:00 uur met een gezamenlijk

ontbijt, maar daarbij dient wel rekening gehouden te worden met individuele patiënten die om bovenstaande redenen niet in staat zijn om hieraan deel te nemen.

Woonbegeleiding in de vorm van dagelijks contact met een begeleider die behulpzaam is bij het ordenen van de leefomgeving en de dagindeling, en een gezonde voeding propageert, is van belang en zal een groot effect hebben op de veiligheid en de stabiliteit van de patiënt.

In verband met het metabool syndroom bij het gebruik van antipsychotische medicatie pleiten wij voor goede voorlichting over voeding en voldoende lichaamsbeweging. Het verdient aanbeveling om deze mogelijkheden om te kunnen bewegen op de afdeling of er dichtbij aan te bieden zodat de drempel zo laag mogelijk is. Te denken valt bijvoorbeeld aan hometrainers op de afdeling.

5.6 Wonen

In Nederland kennen we diverse vormen van begeleid en beschermt wonen. Er is sprake van een continuüm van geheel klinisch, gesloten en extreem gestructureerd wonen via ambulante woonbegeleiding met enkele uren per week begeleiding in een RIBW tot aan onbegeleid wonen met poliklinische zorg. Voor de doelgroep van dit zorgprogramma zal dit laatste vaak niet haalbaar zijn maar het moet niet bij voorbaat worden uitgesloten. De mate van beveiligende zorg hangt op individueel niveau sterk samen met de mate van delictgevaar, de ernst van de stoornis en de daaruit voortkomende risico-inschatting.

Forensisch beschermt wonen

Voor een beperkte groep is wonen in de intramurale reguliere psychiatrie het maximaal haalbare. Patiënten wonen dan intramuraal vaak in of rond een FPA of FPK. Het lokale circuit rond de FPA en voorzieningen van de lokale GGZ moeten dan voldoende veiligheid kunnen bieden. Mogelijkheden voor crisisinterventie, gespecialiseerde begeleiding en forensische knowhow zijn dan nodig

Forensisch beschermd wonen

Dit zijn vaak extramuraal voorzieningen. Hier worden patiënten in een woonvoorziening begeleid door een team dat 8 tot 24 uur per dag aanwezig is. Deze woonbegeleiders geven hulp bij de ADL maar dragen ook zorg voor het bewaken van medicatie en het groepsmilieu.

Dergelijke woonvormen werden van oudsher georganiseerd door de RIBW'en. In de afgelopen jaren zijn deze voorzieningen in sommige regio's opgegaan in de lokale GGZ-organisaties. In sommige regio's zijn het eigen organisaties gebleven die zich richten op het geven van woonzorg en begeleiding. Soms worden er woningen van woningbouwverenigingen gehuurd al dan niet in samenwerking met lokale overheden. Sinds de marktwerking in de zorg zijn er ook

andere aanbieders van woonzorg op de markt gekomen of worden er vanuit instellingen zelf woonvoorzieningen geregeld.

Ook forensische instellingen hebben dergelijke initiatieven georganiseerd.

Forensisch begeleid wonen

Dit zijn vaak extramurale voorzieningen maar in de reguliere GGZ kunnen onder begeleid wonen soms ook vormen van semi- of transmuraal wonen worden bedoeld waarbij afdelingen aan de rand van het psychiatrisch ziekenhuis worden bedoeld. Het kan gaan om klinische afdelingen (buiten het ziekenhuis-terrein) of om meerpersoons- of éénpersoonswoningen waar ambulante zorg wordt verleend door woonbegeleiders.

Het verdient aanbeveling (om begripsverwarring te voorkomen) deze term te reserveren voor het zelfstandig wonen waarbij er een of andere vorm van woonbegeleiding wordt gegeven.

Afhankelijk van de risicotaxatie, begeleidingsbehoefte en de mate van samenwerking met de zorgverleners dient er een keuze gemaakt te worden over de mate van zelfstandigheid die haalbaar wordt geacht voor de individuele patiënt. Geleidelijke uitstroom maakt dat door geleidelijke blootstelling aan risicofactoren geoefend kan worden en signalerings- en terugvalpreventieplannen kunnen worden bijgesteld en verbeterd. In deze eindfase zie je vaak na verloop van tijd dat aandacht voor risicofactoren verslapt, de patiënt 'het weer eens wil proberen' en er sprake is van terugval. Door forensisch psychiatrisch toezicht, frequente controles op spiegels drugsgebruik, maar ook het nakomen van afspraken en aanwezigheid worden risico's controleerbaar. Regelmatige risicotaxatie maakt dat risico's op de radar blijven. Hoewel dit in onderzoek nog onvoldoende is aangetoond kan door geleidelijke uitstroom bij resocialisatie buiten de klinische omgeving met adequaat toezicht ernstige recidive worden voorkomen (Van Gestel, Van der Knaap & Hendriks, 2006), Uitzondering op deze stelregel is de groep die hoog scoort op de gebruikelijke risicotaxaties. Deze groep kan zeer waarschijnlijk niet buiten een klinische omgeving functioneren zonder terug te vallen in ernstige delicten. Dit kan betekenen dat deze groep levenslange beveiligde zorg nodig heeft in een longstay voorziening.

5.7 ADL

Bij alle vormen van wonen is het van groot belang dat de begeleiders en behandelaars regelmatig toezicht hebben in de woning van de forensische patiënt. Aandacht voor zelfzorg en zorg voor de leefomgeving zijn van groot belang. Verwaarlozing begint vaak in de directe leefomgeving van de patiënt en moet snel worden gesignaleerd. Daarnaast moeten alle bij het wonen betrokken hulpverleners op de hoogte zijn van het signaleringsplan en signalen van terugval in zowel psychotische symptomen als drugsgebruik kunnen herkennen.

Als laatste dient opgemerkt te worden dat het monitoren van het sociale netwerk van de patiënt ook regelmatig moet plaatsvinden. Met wie gaat de patiënt om en welke invloed heeft deze op het functioneren van de patiënt. Hierbij dienen zich vaak lastige vragen aan, van wie er geïnformeerd moeten zijn over status en delictvoorgeschiedenis van patiënt. Hoewel hierbij tact en begrip voor de stigmatisering van de betrokkene van belang is, is het onvoldoende informeren van de omgeving van de resocialiserende patiënt vaak risicoverhogend.

5.8 Financiën

Financiën en beheer van financiën is in de behandeling van patiënten met een forensische titel van groot belang. Vaak zijn er schulden, is er een verleden van niet-betaalde rekeningen en daardoor verlies van woonomgeving en sociale inbedding. Daarnaast is een slechte financiële toestand vaak een reden voor crimineel gedrag.

Patiënten die op dit gebied problematisch hebben gefunctioneerd kunnen veelal niet worden geresocialiseerd zonder dat er sprake is van een of andere vorm van budgetbeheer. Dit zal meestal zijn in de vorm van een bewindvoerder die vanuit een professionele organisatie de boekhouding voert en zakgeld overmaakt naar de privé-rekening van de patiënt. Verantwoordelijk beheer geeft ingang tot risicomanagement doordat er tijdig gesignaleerd wordt dat er (te veel) geld wordt uitgegeven. Hiermee wordt ook de financiële schade die patiënten hierdoor kunnen oplopen beperkt, en heeft verantwoordelijk budgetbeheer en -toezicht in feite een dubbele beschermings-taak: forensisch en financieel.

Opgemerkt moet worden dat er vaak gebruik wordt gemaakt van familieleden of kleine bureaus met weinig ervaring op het gebied van (forensische) psychiatrie. Dit kan soms leiden tot afstemmingsproblemen. Bewindvoering van psychotische patiënten met een delictverleden vraagt actieve sturing en goede samenwerking met het behandelend team.

5.9 Werken en leren

Vormen van begeleid werken en leren zijn het effectiefst wanneer ze *on the job* gebeuren. In de forensische psychiatrie wordt vaak gewerkt met trajectbegeleiders die de patiënt in leren en werken begeleiden. Uit onderzoek blijkt dat er met vormen van *supported employment* meer patiënten aan werk worden geholpen en zij dat beter volhouden dan indien er stapsgewijs wordt toegewerkt naar een arbeidssituatie. Psychotische patiënten hebben vaak door hun handicaps veel moeite met het doorlopen van langdurige en vaak weinig motiverende trajecten.

Hoewel uit onderzoek is gebleken dat er door *supported employment* niet automatisch een verbetering is op dimensies zoals psychiatrische symptomen, sociaal functioneren en zelfwaardering zal het hebben van regulier werk, een dagbesteding of vrijwilligers-

werk de veiligheid doen toenemen. Naar dit effect zal binnen het forensische veld meer onderzoek moeten worden gedaan. Logischerwijs is er meer toezicht en vraagt een arbeidssituatie of dagbesteding om meer inzet en commitment van de betrokken patiënt. In risicotaxatie-instrumenten komt het hebben van een adequate dagbesteding dan ook steevast naar voren als een risicoverlagende factor.

5.10 Relaties, intimiteit, seksualiteit

In de psychiatrie is het leefgebied relaties vaak een onderbelicht gebied. In de forensische hulpverlening aan psychiatrische patiënten geldt dat evenzo. Toch hebben ook zij een grote behoefte aan relaties, intimiteit en seksualiteit. Ook onvervulde behoeftes op dit gebied kunnen bijdragen tot delictgedrag. Het is daarom van belang hiervoor aandacht te hebben en te zoeken naar oplossingen. Herstel van relaties met familieleden, oude vrienden of kennissen kan veel opleveren. Ook het zoeken naar nieuwe netwerken door contacten via maatjesprojecten, hobby en sportverenigingen en de woon- en werkomgeving waar patiënt uiteindelijk resocialiseert, kan veel opleveren.

Het actief bespreken van deze onderwerpen met de individuele patiënt is van groot belang. Ondersteuning bij het aangaan van contacten en het zoeken van nieuwe netwerken is een belangrijke activiteit in zowel de klinische als de resocialisatiefase.

Voorals seksualiteit is een complex onderwerp. Het onderwerp wordt in de praktijk veel vermeden. De behoefte aan seksualiteit en intimiteit is echter een heel normale behoefte en dient daarom altijd serieus besproken te worden. In forensisch opzicht zal de afweging gemaakt moeten worden in welke mate intieme relaties delictgerelateerd zijn. In psychiatrisch opzicht dient de inschatting gemaakt te worden welke uitwerking intiem seksueel contact heeft of kan hebben op het psychiatrische toestandsbeeld. Bekend is dat psychotische patiënten na seksueel contact behoorlijk terug kunnen vallen, hetgeen de psychiatrische conditie niet ten goede komt. Bijkomende factor is verder nog de groepsdynamiek. Welke invloed heeft het op de groep wanneer een medepatiënt seksueel contact heeft gehad? In welke mate beïnvloedt dat de sfeer en de onderlinge verhoudingen of wordt de gebeurtenis psychotisch geïnterpreteerd door een van de medebewoners? Een andere factor is dat bezoek aan prostituees vaak ook gebeurt in een omgeving waar veel drugs aanwezig zijn. Ook is drugsgebruik en seksualiteit verweven. Complexe vragen waarover het behandelteam zich dient te buigen wanneer het onderwerp seksualiteit en intimiteit ter tafel komt. Ondanks de normaliteit van deze begrippen en behoeften dient hiermee in de praktijk heel weloverwogen mee te worden omgegaan. Ten slotte wijzen wij erop dat het oefenen met dergelijke relaties vaak het meest gecontroleerd kan plaatsvinden gedurende de behandeling.

5.11 Risicotaxatie en –management

Recent risico-onderzoek laat zien dat de complexiteit van de pathologie van forensische patiënten een behandel- en begeleidingsinzet vergt op meerdere levensgebieden

van de patiënt. Het wordt steeds duidelijker dat een geïntegreerde behandeling van essentieel belang is voor een succesvolle reïntegratie van de patiënt in de maatschappij. In (after)care and control programma's wordt intensief toezicht gecombineerd met behandeling, zorg en maatschappelijke begeleiding bij wonen, werken, scholing, financiën en vrijetijdsbesteding. Het samengaan van controle, behandeling en begeleiding is een voorwaarde voor een effectieve resocialisatie.

In de resocialisatiefase van het zorgprogramma psychotische kwetsbaarheid oefent de patiënt met geleerde vaardigheden door hem gefaseerd bloot te stellen aan diverse (nieuwe) prikkels. Patiënten maken gebruik van deze oefenmogelijkheden om geleerde vaardigheden uit te breiden en te consolideren. Er dient een transfer en generalisatie plaats te vinden van vaardigheden op alle voor de individuele patiënt van toepassing zijnde (risico)gebieden passend bij de mogelijkheden en beperkingen van zowel de patiënt als zijn omgeving, waaronder de vervolgvoorziening. Per fase wordt door het hulpverlenersnetwerk getoetst of de vaardigheden van de patiënt voldoende zijn om een succesvolle resocialisatie te 'garanderen'.

In de resocialisatiefase heeft het persoonlijke en hulpverleningsnetwerk van een patiënt grofweg twee functies. De eerste functie is een maatschappelijke; het geven van sociale en praktische steun. De tweede functie is dat het netwerk in het kader van de behandeling kan worden ingezet voor interventies en om te rapporteren over het gedrag van de patiënt voor maatschappelijke situaties die buiten het blikveld van de kliniek vallen.

Risicomanagement impliceert dus dat er in deze *exposure fase* specifieke op de patiënt afgestemde sociale, fysieke en controlerende interventies plaatsvinden zoals:

- blijvende netwerkanalyse op basis waarvan verder gehandeld kan worden
- afname risicotaxatie en/of andersoortige meetinstrumenten
- urine- en alcoholcontroles
- medicatiecontroles
- daar waar geïndiceerd, het aanbieden van trainingen en therapieën
- met regelmaat hanteren van signaleringsplan en/of terugvalpreventieplan

Daarnaast speelt de therapeutische relatie, waarbij continuïteit van zorg van belang is zowel in persoon als in hulpverleningscontext, een rol. Indien hulpverlener en patiënt elkaar langere tijd kennen, kunnen moeilijke boodschappen op aanvaardbare wijze worden overgebracht. Subtiele veranderingen in het gedrag van de patiënt worden beter herkend en gesignaleerd en leiden tot adequatere hantering van risico- en terugvalsignalen. In feite gaat hier om de 'beveiligende relatie' tussen hulpverlener en patiënt.

Algemene factoren die ook bij risicomanagement van belang zijn:

- Er is overeenstemming met de patiënt over voorwaarden.
- Er is bij de patiënt sprake van een positieve attitude ten aanzien van behandeling en/of begeleiding.

- Er is sprake van een of meerdere vertrouwensfiguren in de directe omgeving van de patiënt (familie, werk, hulpverleners enz.).
- Sleutelfiguren in de directe omgeving van de patiënt hebben kennis en kunde betreffende pathologie en risicogedrag; blijvende voorlichting over risicofactoren en signalering aan het netwerk.

5.11.1 Risicomanagementplan

Om te kunnen bepalen welke maatregelen moeten worden genomen voor een optimaal risicomanagement wordt er voor de patiënt een individueel risicomanagementplan opgesteld. Dit is een dynamisch instrument dat door systematisch te evalueren in de loop van de behandeling en de resocialisatie telkens wordt bijgesteld. In de resocialisatiefase levert het oefenen met meer vrijheden zowel de behandelaar als de patiënt nieuwe inzichten op die, voor zover ze van belang zijn voor het recidiverisico, moeten worden verwerkt in een geactualiseerd risicomanagementplan.

Het Ministerie van Justitie heeft in het 'Vernieuwd Verlofbeleidskader tbs' (2007) het toevoegen van een risicomanagementplan bij verlofaanvragen verplicht gesteld. Daarbij zijn voor het tot stand komen van het risicomanagement standaard richtlijnen gegeven. Duidelijk moet worden in hoeverre relevante delictfactoren beïnvloed zijn door de behandeling of anderszins onder controle zijn. Het is belangrijk dat er aansluiting is tussen de risicofactoren die bij de risicotaxatie naar voren zijn gekomen en het risicomanagementplan. Het is aan te bevelen dat in het format, dat het Ministerie van Justitie voorschrijft voor verlofaanvragen, alle negen HKT-30 items die verplicht zijn voor de verlofaanvragen ook worden verwerkt in de box over risicomanagement. Het gaat om de volgende negen items: middelengebruik; alcohol, softdrugs en harddrugs (k03), attitude t.o.v. de behandeling (k10), copingvaardigheden (k13), vijandigheid (k06), impulsiviteit (k04), overtreden voorwaarden, sociale en relationele vaardigheden (k07). Ook is het aan te bevelen dat het risicomanagement in de verlofaanvragen wat breder getrokken wordt; er kan ook aandacht besteed worden aan hoe het werk geregeld is, hoe het sociale netwerk in kaart gebracht wordt/kan worden en hoe de nazorg geregeld gaat worden.

5.11.2 Signaleringsplan

Het signaleringsplan is een hulpmiddel om een dreigende terugval te herkennen en te voorkomen. Bij het signaleringsplan gaat het om een sociotherapeutische methodiek. Deze is geïndiceerd wanneer de patiënt zelf (nog) niet voldoende controle kan opbrengen en/of tekortschiet in het vragen van controle aan anderen. Het signaleringsplan wordt opgesteld om de cliënt alert te maken én de omgeving in staat te stellen tijdig

in te grijpen en bij te sturen wanneer er signalen wijzen op een mogelijk recidive. Omdat het samen met de patiënt tot stand komt is het een kader om samen aan de behandeling/resocialisatie te werken. Hoe verder in de resocialisatiefase, hoe meer het plan op de situatie buiten de kliniek wordt gericht.

Het signaleringsplan wordt gemaakt nadat er een delictanalyse heeft plaatsgevonden en/of de patiënt de delictscenarioprocedure (zie hoofdstuk behandeling) heeft doorlopen (het verschilt per kliniek hoe snel dat gebeurt). Bij het signaleringsplan wordt een risicotaxatie uitgevoerd zodat de risico's van een patiënt goed in kaart kunnen worden gebracht. Voor de risicohantering is ook van belang welke beschermende factoren er zijn en welke flankerende maatregelen, zoals het toedienen van medicatie, getroffen kunnen worden.

5.11.3 Terugvalpreventieplan

Het terugvalpreventieplan is meer omvattend dan het signaleringsplan en bevat ook de bekende denkfouten van de patiënt en korte-termijnoplossingen. Het terugvalpreventieplan is meer een cognitief gedragstherapeutisch kader. Tijdens de behandelingsperiode leert de patiënt uit het beschreven plan wat hij/zij anders kan doen of laten, in termen van concreet gedrag, gericht op gezonde omgang met de realiteit en daarnaast ook in de zin van plannen en strevingen, gericht op toekomstig gedrag. Interne controle en externe controlemogelijkheden en behoeften worden beschreven, waarbij factoren uit de eigen psychopathologie die een bepalende invloed kunnen hebben worden betrokken.

Het is belangrijk dat het terugvalpreventieplan 'breder' getrokken wordt dan de huidige situatie van de patiënt omdat de patiënt in de maatschappij aan veel meer vrijheden en verantwoordelijkheden wordt blootgesteld dan binnen de kliniek geoefend kan worden.

De patiënt en zijn of haar omgeving zijn via het signalerings- en terugvalpreventieplan alert op het bewaken van factoren die het 'afglijden' naar een verhoogd delict risico kunnen aankondigen. Zij voeren hiervoor de nodige controles of preventie maatregelen uit, die genoemd zijn in de plannen en houden deze in stand. De controle dient zich te richten op de risicofactoren die gelden voor de individuele patiënt, zoals dat blijkt uit diens risicoprofiel.

5.12 Medicatiebeleid en depot

Bij psychotisch kwetsbare patiënten is het gebruik van medicatie essentieel. Verder is medicatiegebruik een belangrijke factor in het risicomangement. In de gangbare risicotaxatie-instrumenten zijn medicatiegebruik, actieve psychotische symptomen en het weigeren van medicatie items die bijdragen aan de kans op een delictrecidive.

Daarom is resocialisatie en beëindiging van de tbs bij psychotisch kwetsbare patiënten pas mogelijk indien behandelaar en patiënt het eens zijn over de diagnose en de daarbij horende medicatie. Deze overeenstemming dient langdurig en stabiel te zijn. Het belang van medicatie, zowel in forensisch als in psychiatrisch opzicht, dient daarom altijd goed te worden overgedragen wanneer een patiënt wordt overgeplaatst.

Er is een aantal aanbevelingen te doen die kunnen bijdragen aan verlengde therapietrouw:

- Adequate en indien nodig langdurige (herhalende) psycho-educatie middels Liber-mantrainingen en individuele gesprekken met de (voorschrijvend) behandelaar.
- Een optimale toedieningsvorm van de medicijnen. Depots (inname verzekerd), orodispergeerbare en gecoate tabletten (gebruiksgemak) en medicijnen met een lange halfwaardetijd garanderen een maximale werkingsduur. Gestreefd dient te worden naar zo min mogelijk bijwerkingen.
- Een stimulerende manier van uitreiken van de medicijnen. Weekdozen, inname onder toezicht, medicatiewekkers zijn voorbeelden.
- Steun van het netwerk. De oudere broer die de patiënt vergezelt tijdens de afspraak met de psychiater wanneer het even wat minder gaat met de nauwgezette inname van de lithium, de echtgenote die bij waarschuwingssignalen aan de bel trekt.
- Een goede organisatie van de zorg. Er zijn regionale verschillen tussen GGZ-instellingen als het gaat om visie en beleid ten aanzien van het uitoefenen van controle en outreachend werken. Bij de overdracht van de patiënt kan dan ook niet duidelijk genoeg worden benadrukt dat van stoppen met medicatie geen sprake kan zijn.
- Dwangmedicatie. Indien een patiënt medicatie weigert en daarmee een gevaar vormt voor zichzelf en/of diens omgeving dient dwangmedicatie overwogen te worden. Naast het gevaar voor delictgedrag speelt ook het gevaar van een verdergaande deterioratie van het brein bij psychotici een belangrijke rol in deze overweging, waardoor van niet-medicamenteus behandelen geen sprake kan zijn. In geval van medicatieweigering door de patiënt dient reeds in een vroeg stadium de patiënt voorgelicht te worden over de gevolgen die deze weigering voor hem of haar heeft. Ook eventuele stappen richting dwangbehandeling dienen hierin aan bod te komen.

5.13 Crisismanagement

Goede afspraken rond terugplaatsing in tijden van crises bevorderen de samenwerking met de belangrijke zorgpartners op het vlak van resocialisatie. De ervaring leert dat dit soort afspraken een positieve bijdrage levert aan het uitstroomperspectief van forensisch psychiatrische patiënten. Ontvangende instanties zijn vaak niet primair forensisch georiënteerd en staan daarom vaak (met reden) aarzelend tegenover op- of overname van de forensisch psychiatrische patiënt. De zekerheid dat de forensische behandelcentra hun patiënt weer terugnemen wanneer daar reden voor is werkt in de praktijk belangrijk drempelverlagend. Binnen de GGZ Drenthe (2004) biedt men patiënten die de kliniek verlaten in de meeste gevallen een crisiskaart aan die recht geeft

op een acute opname voor de duur van maximaal vijf dagen. Doel is om middels deze crisisvoorkomende opname verdere crisis te voorkomen. De ervaringen hiermee zijn zowel voor patiënten, de kliniek als ook de klinische of ambulante vervolgvoorziening erg positief.

5.14 Verslaving

Zoals gesteld bij paragraaf 4.14 is forensische verslavingsbehandeling een belangrijk onderdeel binnen de behandeling van forensische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid. Onderzoeksresultaten laten zien dat ook na lange periodes van (klinische) abstinentie van middelen de kans op terugval altijd aanwezig blijft, zeker wanneer patiënten de fase van resocialisatie ingaan en toezicht en controle op middelengebruik minder worden.

Terugval in gebruik in deze fase betekent daarmee niet dat de behandeling van de verslaving in een eerdere fase mislukt is of onvoldoende is geweest, maar geeft vooral de blijvende kwetsbaarheid voor middelengebruik van patiënten in deze groep aan. Deze kwetsbaarheid is vaak zeer langdurig en wordt veroorzaakt door neurobiologische veranderingen in het brein.

Gezien de grote kans op terugval is blijvende aandacht voor middelengebruik in de fase van resocialisatie gewenst. Zeker wanneer het gebruik van middelen een belangrijke rol speelt in de delictanalyse en daarmee in het ontstaan van delictgevaar. Een algemeen verbod van alcohol en drugs werkt het beste omdat hernieuwde blootstelling aan deze middelen ook na jarenlange abstinentie hernieuwde craving tot gevolg heeft. Een algemeen verbod is echter moeilijk te realiseren, vandaar dat wij pleiten voor een multimodale behandeling (zie ook §4.14). Juist in deze fase van resocialiseren is het van belang dat de patiënt leert omgaan met zijn verslaving. In hoeverre experimenten hiermee kunnen worden getolereerd hangt af van de juridische titel, de delictanalyse en de plaats die gebruik van alcohol en drugs hierin innemen. Mensen met een verslavingsprobleem lopen vaak meerdere malen de motivationele cirkel zoals beschreven door Prohaska en DiClemente door alvorens zij grip krijgen op hun verslaving.

Het is verder gewenst dat er bij alle patiënten met een forensische achtergrond een paragraaf over middelenmisbruik staat in hun verlof- en/of risicomanageringsplan.

Relevant is de vraag hoe dient te worden omgegaan met terugval in middelengebruik in de fase van resocialisatie. In algemene zin is het van belang dat patiënten de kans krijgen om met vallen en opstaan te leren. Het is daarmee dus niet geïndiceerd om na een terugval automatisch de voortgang van de verlopen ter discussie te stellen of zelfs geheel in te trekken, temeer ook daar terugval vaak wordt veroorzaakt door craving (autonome reactie van het veranderde brein) en de patiënt de terugval slechts gedeeltelijk kan worden aangerekend. In forensische zin zal steeds de analyse moeten worden gemaakt in welke mate het misbruik gerelateerd is aan delictgevaar. Vanuit deze forensische analyse dient dan gekeken te worden welk gevaar er nog aanwezig is of op

korte termijn kan ontstaan. Het is deze analyse die uitgangspunt dient te zijn bij de beoordeling of een patiënt die is teruggevallen in middelengebruik nog gebruik kan maken van zijn verlofruimte of (tijdelijk) niet. Indien wordt besloten tot een tijdelijke stopzetting van de verloven is het belangrijk om in gesprek met de patiënt een goede analyse te maken van deze terugval zodat de patiënt de mogelijkheid krijgt om hiervan te leren. Ook is het belangrijk om in dergelijke gevallen de patiënt ook hoop te blijven bieden omdat we weten dat hopeloosheid en uitzichtloosheid juist bij de groep verslaafde patiënten vaak erg groot is.

5.15 Ambulante zorg

Indien een patiënt met een psychotische kwetsbaarheid en een forensische achtergrond zover is gekomen dat hij buiten een klinische afdeling kan verblijven is ambulante behandeling en begeleiding vaak noodzakelijk. Naast de hierboven beschreven woonbegeleiding is het van belang dat de zorg wordt gecoördineerd. Een dergelijke regiefunctie is van wezenlijk belang zeker bij een groep patiënten die over het algemeen gekenmerkt wordt door zorgvermijding.

Afhankelijk van de mate van samenwerking, de delictrisico's en de begeleidingsbehoefte kan worden gekozen voor ambulante zorg. Poliklinische behandeling alleen is in geval van forensische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid eigenlijk altijd onvoldoende. Ook regulier casemanagement met een caseload van dertig of meer patiënten zal onvoldoende instaat zijn om risico's vroegtijdig te kunnen inschatten. Intensief casemanagement met een caseload van tien tot dertig patiënten kan dit beter. *Assertive community treatment* (ACT) is een vorm van casemanagement die goed is onderzocht in de richtlijn schizofrenie (2005) en wordt aanbevolen als zorgvorm voor de ambulante begeleiding van patiënten met een psychotische stoornis. FACT (functionele ACT) dient niet verward te worden met forensische ACT (forACT). FACT is een tussenvorm van ACT en intensief casemanagement waarbij volgens de principes van casemanagement wordt gewerkt en indien nodig wordt opgeschaald naar de werkwijze van ACT (zie bijlage 6).

Een belangrijk gegeven bij ambulante zorg is dat er een goede afstemming moet zijn met justitie, reclassering en de lokale politie. Ook met andere netwerkpartners zoals de gemeentelijke diensten maar ook met de woningbouwvereniging is samenwerking en afstemming nodig.

5.16 Forensisch psychiatrisch toezicht

Het forensisch psychiatrisch toezicht is een vernieuwde vorm van toezicht speciaal bedoeld voor tbs-gestelden gedurende de terugkeer naar de samenleving. Voorheen droeg het forensisch psychiatrisch centrum na het transmuraal verlof het toezicht op de tbs-gestelde over aan de reclassering. Binnen het forensisch psychiatrisch toezicht vervullen forensisch psychiatrische centra en reclasseringsorganisaties een complementaire rol vanaf de resocialisatiefase tot aan de definitieve beëindiging van de tbs.

Het forensisch psychiatrisch toezicht biedt meer mogelijkheden voor een verantwoorde en gedifferentieerde uitstroom, waardoor meer tbs-gestelden dan voorheen in aanmerking komen voor uitstroom (Ministerie van Justitie, 2007; Projectgroep fpt, 2008b). Doordat het forensisch psychiatrisch toezicht een gezamenlijk traject is, zijn de continuïteit van een geleidelijke resocialisatie en afbouw in de behandeling beter gewaarborgd. Door het multidisciplinaire karakter wordt ook het individuele casemanagement inhoudelijk verbreed (zie volgende paragraaf).

Op dit moment, vanaf mei 2008, is de testfase van het forensisch psychiatrisch toezicht gestart. Met de betrokken organisaties zullen periodiek ervaringen worden uitgewisseld. Deze inzichten en een onafhankelijke procesevaluatie moeten ervoor zorgen dat deze vorm van toezicht verder wordt verbeterd en doorontwikkeld. In 2009 wordt gestart met het landelijk implementeren van het forensisch psychiatrisch toezicht (Ministerie van Justitie, 2007; Projectgroep fpt, 2008a).

5.17 Effectiviteit van buitenlandse nazorgprogramma's

In buitenlandse nazorgprogramma's voor forensische patiënten wordt intensief toezicht vaak gecombineerd met behandeling, zorg en maatschappelijke begeleiding bij wonen, werken, scholing, financiën en vrijetijdsbesteding (Van Gestel e.a., 2006). Sommige programma's richten zich echter alleen op het monitoren van gedrag terwijl andere uitgebreider zijn en daardoor vergelijkbaar zijn met resocialisatie zoals in Nederland bekend is. Volgens de literatuur is er weinig ondersteuning voor de effectiviteit van toezichtprogramma's die alleen gebaseerd zijn op het monitoren van gedrag en andere controletechnieken. Er is wel enige wetenschappelijke ondersteuning voor de effectiviteit in termen van recidivevermindering van toezichtprogramma's die naast het monitoren van gedrag en bewegingen en andere controle-elementen bestaan uit revalidatiecomponenten zoals behandeling, zorg, vaardigheidstrainingen en praktische steun (De Kogel & Nagtegaal, 2008, p. 25).

Veel studies naar de effectiviteit van toezichtprogramma's hebben geen controlegroep wegens ethische redenen. Immers patiënten mag geen zorg worden onthouden als dit bijdraagt aan het verkleinen van het delict risico (o.a. Steinböck e.a., 2004). Van een aantal programma's zijn echter wel de effecten onderzocht, deze effectstudies worden in dit hoofdstuk besproken aan de hand van overzichten die zijn gegeven in de studies van Van Gestel e.a. (2006) en De Kogel & Nagtegaal (2008). Over het algemeen kan gesteld worden dat vooralsnog weinig empirische ondersteuning te vinden is voor de vaak als vaststaand beschouwde effecten van nazorg (Van Gestel e.a., 2006, p. 27).

In het onderstaande overzicht van evaluatiestudies wordt voor iedere studie de *Maryland Scientific Methods Scale* (SMS) gegeven; een vijfpuntsschaal waarmee een uitspraak kan worden gedaan over de methodologische kwaliteit met betrekking tot de interne validiteit van effectevaluaties (Farrington e.a., 2002). Er is minimaal een SMS score van 3 nodig om verantwoorde conclusies te trekken over de effectiviteit van de maatregel.

5.17.1 Aftercare programma Haina Hospital

- Doelgroep: forensisch psychiatrische delinquenten die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld.
- Duur/looptijd: twee tot drie jaar na ontslag uit de kliniek.
- Doel: het realiseren van een geleidelijke overgang van de gesloten klinische setting naar de maatschappij, waarbij een belangrijk element het actief bemiddelen bij de toegang tot reguliere ambulante voorzieningen is en het actief aanzetten van mensen op het terrein van wonen, werken en tijdsbesteding.
- Mechanismen: gefaseerde invrijheidsstelling, betrekken van forensisch psychiatrische expertise, actief casemanagement.
- Evaluatie: geëvalueerd door Muller-Isberner (1996). In deze evaluatiestudie werd een groep personen die het nazorgprogramma van Haina hadden gevolgd, vergeleken met een groep die na vrijlating alleen regulier reclasseringstoezicht kreeg. De vergelijking richtte zich op de psychiatrische problematiek en ernst van het gepleegde delict. De recidivecijfers van beide groepen zijn 31 maanden na ontslag vergeleken: van de interventiegroep (n=67) pleegde 5% opnieuw een gewelddadig delict, van de controlegroep (n=56) 12%.
- SMS score: 2, de opzet is niet van voldoende kwaliteit om harde conclusies te trekken over de effectiviteit van het programma.

5.17.2 Assertive case management program Great Vancouver

- Doelgroep: delinquenten met een psychische stoornis die in de gevangenis hebben gezeten voor een straf van maximaal twee jaar. Deelname is vrijwillig dus juridische dwang kan niet uitgeoefend worden.
- Werkwijze: bij casemanagement wordt nauw samengewerkt met verschillende instanties als de forensisch psychiatrische dienst, de gevangenis en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Delinquenten worden tijdens de extramurale fase intensief begeleid door caseworkers, die verbonden zijn aan de forensisch psychiatrische dienst (Van Gestel e.a., 2006). Om recidive en/of heropname in de kliniek te voorkomen is een actieve, structurerende en controlerende benadering van de ondertoezichtgestelden belangrijk. Personen worden actief en regelmatig door de caseworker in hun eigen woonomgeving bezocht en worden actief en met lichte dwang aangezet en aangespoord om deel te nemen aan behandeling en gebruik te maken van maatschappelijke voorzieningen. Verder helpt de caseworker bij het opbouwen van sociale relaties, en biedt crisisinterventie en begeleiding bij financiële zaken, huisvesting et cetera.
- Mechanismen: actief casemanagement, betrekken van forensische psychiatrische expertise, observatie en monitoren van gedrag en bewegingen.
- Evaluatie: Wilson, Tien en Eaves (1995) hebben twee groepen *multi problem mentally disordered offenders* vergeleken op demografische kenmerken, psychische problematiek, hulpverleningsverleden, gevangenisverleden en ernst van het gepleegde delict. Beide groepen zijn 36 maanden na vrijlating gevolgd. De interventiegroep (n=26) zat in die periode gemiddeld minder dagen in de gevangenis dan de controlegroep (n=33). Het verschil was tachtig dagen tegenover 213 dagen van

de controlegroep. Als personen uit de interventiegroep wel recidiveerden, was de gemiddelde duur tussen vrijlating en terugval langer dan bij de controlegroep (270 vs. 120 dagen).

- SMS score: 3, de studie wordt beoordeeld als voldoende van kwaliteit, echter omdat de interventiegroep klein is kunnen er geen harde conclusies getrokken worden over de effectiviteit van de interventie.

5.17.3 Dangerous mentally ill offenders (DMIO) program

- Doelgroep: de wet 1999 Washington State Legislature is opgesteld om *dangerous mentally ill offenders* (DMIO) die een gevaar voor zichzelf of de samenleving vormen te kunnen identificeren.
- Doel: beveiliging van de samenleving door vermindering van recidive van de DMIO-groep.
- Duur: de groep DMIO worden voor een periode van vijf jaar na vrijlating uit de gevangenis onder justitieel toezicht gesteld en krijgt tevens mentale en maatschappelijke hulp.
- Werkwijze: een aantal maanden voor de vrijlating wordt er een plan opgesteld (DMIO-program) onder regie van een mental casemanager. Daarnaast werken, afhankelijk van de problematiek van de delinquent, nog andere partijen mee aan de uitvoering van het programma (bijvoorbeeld *Division of alcohol and substance abuse*). Het plan voorziet in voortdurende risicotaxatie (LSI-R) en richt zich daarnaast op psychotherapeutische behandeling en hulp bij huisvesting, drugshulpverlening en andere vormen van maatschappelijke dienstverlening.
- Mechanismen: actief casemanagement, betrekken van forensisch psychiatrische expertise, observatie en monitoren van gedrag en bewegingen.
- Evaluatie: Lovell, Gagliardi en Phipps (2005) hebben een DMIO-groep (n=100) vergeleken met een overeenkomstige groep delinquenten (n=?). Bij beide groepen werd achttien maanden lang gekeken naar de recidive en naar het gebruik van maatschappelijke voorzieningen. Van de interventiegroep recidiveerden significant minder personen (33%) dan van de controlegroep (53%). Van de personen uit de interventiegroep die wel recidiveerden, was de gemiddelde duur tussen de vrijlating en het nieuwe delict langer dan van de recidivisten uit de controlegroep. Verder bleek uit het onderzoek dat personen uit de interventiegroep meer gebruikmaakten van maatschappelijke diensten en voorzieningen.
- SMS score: 3, de studie wordt beoordeeld als voldoende van kwaliteit om te mogen concluderen dat het programma mogelijk effectief is. De follow-up-periode (18 maanden) is echter wat kort om harde conclusies te trekken.

5.17.4 Circles of Support and Accountability (COSA)

- Doelgroep: ex-gedetineerden die een ernstig geweld- of zedendelict hebben gepleegd en niet in aanmerking zijn gekomen voor voorwaardelijke invrijheidsstelling omdat het risico voor de maatschappij te groot werd geschat, kunnen zich vrijwillig opgeven voor dit programma. Daarnaast richt COSA zich op gedetineerden die een

seksueel delict hebben gepleegd en van wie zonder hulp uit de gemeenschap het recidiverisico naar verwachting groot is.

- Doel: het programma COSA is primair gericht op informeel toezicht, begeleiding en ondersteuning door de sociale omgeving van ex-gedetineerden zodat er een vriendschappelijke band opgebouwd kan worden.
- Werkwijze: binnen het programma is er een groep vrijwilligers die ondersteuning biedt aan de gedetineerde bij de terugkeer in de samenleving. De kring bestaat uit een *inner circle* en een *outer circle*. In Canada wordt deze *inner circle* ondersteund door een *outer circle* van professionals die de vrijwilligers van advies dienen (zoals psychologen, politie, maatschappelijk werkers). In Engeland wordt de *inner circle* gevormd door professionals (reclassering) en vormen de vrijwilligers de *outer circle*. Eén van die vrijwilligers is de primaire contactpersoon en deze ontmoet in de eerste fase van de ontwikkeling van de circle (60-90 dagen na vrijlating) de ex-gedetineerde vrijwel elke dag. Met de vrijwilligers worden allerlei activiteiten ondernomen. In Canada bestaat de circle meestal uit vijf vrijwilligers, waar in de eerste fase wekelijks contact mee is. Na enige tijd worden de bijeenkomsten in frequentie verminderd tot ongeveer twee keer per maand.
- Mechanismen: actief casemanagement, betrekken van forensisch psychiatrische expertise, observatie en monitoren van gedrag en bewegingen, betrekken sociale omgeving.
- Evaluatie: In Wilson, Picheca en Prinzo (2005) worden twee evaluatiestudies besproken waarbij bij één met een vergelijkingsgroep is gewerkt. Bij deze laatstgenoemde studie werd het effect van deelname aan COSA op recidive onderzocht. Een groep van zestig gedetineerden die een seksueel delict hadden gepleegd, aan het einde van hun straftijd waren gekomen en als *high risk* werden bestempeld, nam deel aan COSA. Zij werden vergeleken met een groep van zestig gedetineerden die eveneens aan het einde van hun straftijd waren gekomen en als *high risk* werden beschouwd. De ex-gedetineerden werden gemiddeld 4,5 jaar gevolgd. Voor de interventiegroep werd een recidivepercentage van 5% voor seksuele recidive tegenover 16,7% bij de vergelijkingsgroep. Wat betreft gewelddadige recidive (inclusief een seksueel delict) werd een recidivepercentage gevonden van 15% voor de interventiegroep, in vergelijking met 35% voor de controlegroep. Wat betreft algehele recidive (inclusief seksueel en gewelddadig) werd een percentage van 28,3% voor de interventiegroep gevonden in vergelijking met 43,3% voor de vergelijkingsgroep. De gevonden verschillen waren significant, de interventiegroep vertoonde een daling in het recidivecijfer van 35% (algehele recidive) tot 70% (seksuele recidive) in vergelijking met de controlegroep. Daarnaast bleek er een reductie in ernst van de recidive plaats te vinden, bij de COSA groep waren de recidives minder ernstig dan bij de niet-COSA groep (Wilson e.a., 2005).
- SMS score: 3, de studie is van voldoende kwaliteit. Enkele kanttekeningen moeten geplaatst worden bij de onderzoeksopzet. In hoeverre het programma ook realiseerbaar is voor de tbs-populatie is vooralsnog onduidelijk.

5.17.5 Intensive supervision practice

- Doelgroep: intensive supervision practice is in Canada door de Correctional Service ontwikkeld als intensieve toezichtsvorm voor *high risk offenders* die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld.
- Werkwijze: reclasseringsmedewerkers houden intensief contact met delinquenten met een minimum van acht contacten per maand.
- Mechanismen: actief casemanagement, observatie en monitoren van gedrag en bewegingen.
- Evaluatie: Serin, Voung en Briggs (2003) hebben een interventiegroep (n=210) die voorwaardelijk in vrijheid is gesteld en intensieve supervisie krijgt vergeleken met een groep die een jaar eerder is vrijgelaten en regulier reclasseringstoezicht heeft gekregen (n=244).
- Resultaten: Bij de interventiegroep zit er meer tijd tussen de sommatie die mensen krijgen voor het schenden van een voorwaarde dan bij de controlegroep (29 dagen vs. 22 dagen). Verder wordt berekend dat personen uit de interventiegroep 25% langer in de gemeenschap verblijven voordat ze weer worden opgepakt dan personen uit de controlegroep.
- Waarde van de effectstudie: Aan de uitkomsten van dit onderzoek kan (nog) niet veel waarde worden gehecht: de wijze waarop de percentages zijn berekend, wordt in de publicatie niet duidelijk, de follow-up-periode is zeer kort (3 maanden), een beschrijving van de onderzoeksgroepen ontbreekt en er is niet op kenmerken vergeleken met de controlegroep.

5.17.6 Forensic assertive community treatment (FACT)

- Doelgroep: psychisch gestoorde mensen die een grote kans hebben opnieuw te worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis en een crimineel verleden hebben.
- Doel: het voorkomen dat mensen met een psychiatrische stoornis na een intramuraal verblijf dakloos raken of opnieuw gehospitaliseerd moeten worden. Ook integratie in de gemeenschap is hierbij een doel. FACT is niet specifiek bedoeld voor het terugdringen van recidive, maar tracht dit wel te bereiken.
- Duur: de frequentie en intensiteit van de aandacht kan variëren, al naar gelang de hulpbehoeften.
- Werkwijze: op alle mogelijke vlakken wordt de patiënt geholpen bij het reïntegreren in de samenleving. Er is een multidisciplinair team dat dagelijks overleg over de patiënt heeft. Gemiddeld zijn er tien stafleden per patiënt beschikbaar. Zij hebben een gedeelde verantwoordelijkheid voor een patiënt en hebben regelmatig contact met hem/haar. Daarnaast wordt de medicatie gemanaged en worden alledaagse problemen zo snel mogelijk opgelost door het behandelteam. De patiënt kan een dagbehandeling volgen voor bijvoorbeeld de verslaving of psychiatrische stoornis. Ook wordt ernaar gestreefd om samen te werken met de familie en hulp aan te bieden bij het vinden en behouden van werk. Voor patiënten die extra stimulans nodig hebben is er een mobiel behandelteam (*mobile treatment team*) beschikbaar. Dit mobiele behandelteam is 24 uur per dag beschikbaar.

- Mechanismen: actief casemanagement, betrekken van forensisch psychiatrische expertise, uitwisseling van informatie.
- Evaluatie: Lamberti, Weisman, Schwarzkopf, Price, Ashton & Trompeter (2001). Er zijn meer evaluatiestudies geweest.
- Resultaten: In vergelijking met het jaar voor deelname verblijven deelnemers na een jaar deelname minder dagen in de gevangenis, minder dagen in het psychiatrische ziekenhuis, worden zij minder vaak gearresteerd en hebben zij minder nieuwe opnames in een psychiatrisch ziekenhuis en minder nieuwe opsluitingen in de gevangenis.
- SMS-score: 3.

5.17.7 MAPPA

Een nazorgprogramma waarbij communicatie en uitwisseling van informatie belangrijk zijn, is de Engelse werkwijze *Multi Agency Public Protection Arrangements* 'MAPPA'. Hierbij wordt rond een uitgeplaatste patiënt een strak netwerk gecreëerd in de regio waar hij woont. Patiënten met een hoog risicoprofiel worden regelmatig besproken in een bijeenkomst met meerdere disciplines (politie, reclassering, gevangenisstelsel/tbs en lokale instanties) die hen volgens een bepaalde taakverdeling in de gaten houden zodat ze informatie met elkaar kunnen uitwisselen en ook kunnen ingrijpen als het mis dreigt te gaan. Naast de uitwisseling van informatie is bij MAPPA ook de externe controle van de disciplines belangrijk. Voorbeelden van externe controlemechanismen zijn: frequente contactmomenten met de reclassering, het instellen van een avondklok, het instellen van inclusie- en exclusiezones, het toepassen van elektronisch toezicht (Van Gestel e.a., 2006).

5.17.8 Conclusie

Concluderend kan er gesteld worden dat in verscheidene landen initiatieven ontwikkeld en geïmplementeerd zijn om toezicht te houden op forensische patiënten in de resocialisatiefase. Voor nu is er echter nog weinig empirische ondersteuning voor de langetermijneffecten van deze supervisie. Effectstudies binnen andere subgebieden kunnen mogelijk een beter zicht geven op de werking van de al eerder genoemde mechanismen (Van Gestel e.a., 2006) die bijdragen aan een succesvolle resocialisatie.

Literatuur

- Aleman, A., Hijman, R., de Haan, E. H. & Kahn, R. S. (1999). Memory impairment in schizophrenia: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 156(9), 1358-1366.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-391.
- Andrews, G. (1989). Private and public psychiatry: a comparison of two health care systems. *Am J Psychiatry*, 146(7), 881-886.
- Antonowicz, D. H. & Ross, R. R. (1994). Essential Components of Successful Rehabilitation Programs for Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32(2), 97-104.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (2003), *SCL-90 (Symptom Checklist 90)*. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Arindell, W.A., Boosma, A., Ettema, J.H.M. & Stewart, R. (2004), Verdere steun voor het multi-dimensionale karakter van de SCL-90-R. *De Psycholoog*, april, 39 (4), 195-201.
- Baardemans, W. (2000). Reclassering en querulanten uit de tbs; kronkels, kansen en kuilen bij ontwikkelingen in de tbs. *Reclassering*, jrg. 1, nr. Feb, pp. 10-13.
- Bartels, A.A.J. (1989), De evaluatiescore: een eenvoudige en flexibele variant van Goal Attainment Scaling. *Gedragstherapie*, sept., 22 (3), 191-204.
- Bartels, A.A.J., Spreen, M., Schuringa, E. & Teeken, V. (2008), *N=1:Nauwkeurige en sensitieve behandel-evaluatie op individueel niveau*. Groningen: Forensisch-Psychiatrisch Centrum (FPC) Van Mesdag/Doorwerth: Dr. Leo Kannerhuis. Uit te komen bij het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), Utrecht en het Leo Kannerhuis. a.bartels@leokannerhuis.nl, a.bartels@fpcvanmesdag.nl; m.spreen@fpcvanmesdag.nl.
- Beek, D. van (2006). 'What Works' principes in de behandeling van pedoseksuelen. In *Capita Selecta van de Forensische Psychiatrie anno 2006*.
- 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(6), 661-678.
- Bishop, Y.M.M., Fienberg, S.E., Holland, P.W., Light, R.J. & Mosteller, F. (1995). *Discrete Multivariate Analysis. Theory and Practice*. The MIT Press, Cambridge (12e dr.).
- Bloom, J.D., Williams, M.H., Rogers J.L. (1986). Evaluation and treatment of insanity acquittees in the community. *Bullet American Academy of psychiatry and law*, jrg. 14, pp. 231-244.
- Bressie, C., Maneti, S., Frongia, P., Porcellana, M., Ivernizzi, G. (2008). Systemic family therapy in schizophrenia: a randomized clinical trial of effectiveness. *Psychother. Psychosom.* 77:43-49.
- Claxton, K., Sculpher, M. & Drummond, M. (2002). A rational framework for decision making by the National Institute For Clinical Excellence (NICE). *The Lancet*, 360 (9334), 711-715.

- Cormac, I., Jones, C. & Campbell, C. (2002). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* (1), CD000524.
- Dean, K., Walsh, E., Moran, P., Tyrer, P., Creed, F., Byford, S., e.a. (2006). Violence in women with psychosis in the community: prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 264-270.
- Derks, F., Goethals, K., Weers, M. van & Boer, H. de (2004). *Zorgprogramma psychotische stoornissen in de terbeschikkingstelling met verpleging*. Dr. Henri van der Hoeven Stichting (Forum Educatief) & Pompestichting (Forum Pompeï), Forensische monografieën, nr.1, mei 2004.
- Eaves, D., Lamb, D. & Tien, G. (2000). Forensic psychiatric services in British Columbia. *Int J Law Psychiatry*, 23(5-6), 615-631.
- EFP. (2003). *Startnotitie Forensisch Psychiatrisch Toezicht*: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Egg, R. (2004). *Ambulante Nachsorge nach Straf- und Massregelvollzug*: Wiesbladen, Krimz - Kriminologische Zentralstelle E.V.
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: what works! *Criminology*, 34(4), 575-608.
- GGZ, L. S. M. R. i. d. (2005). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- GGZ Drenthe (2004). *Zorgprogrammering Divisie Forensische Psychiatrie GGZ Drenthe*. Assen: GGZ Drenthe.
- Gordon, M., Murphy, C. P., Candee, D. & Hiltunen, E. (1994). Clinical judgment: an integrated model. *ANS Adv Nurs Sci*, 16(4), 55-70.
- Gordon DA., Graves K., Arbuthnot J. (1995). The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*. 22:60-73.
- Greeven PGJ & De Ruiter C. (2004) Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: changes with treatment. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 14;280-290.
- Harris, G. T. & Rice, M. E. (1997). Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatr Serv*, 48(9), 1168-1176.
- Harte, J. M. (2008). *De effectiviteit van behandelinterventies voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid: een literatuurstudie*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Heilbrun, K. & Peters, L. (2000). Community-based Treatment Programmes. In S. Hodgins & J. R. Müller-Isberner (Eds.), *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders* (pp. 193-215): John Wiley & Sons Ltd.
- Hiday, V. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 399-417.
- Hollin, C. R. (1999). Treatment Programs for Offenders Meta-Analysis, 'What Works,' and Beyond. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3-4), 361-372.
- Hollin, C. R. (2001). *Handbook of offender assessment and treatment*: Wiley, Chichester, PO19 1UD.
- Hornsveld, R. H. & Nijman, H. L. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral program for chronically psychotic forensic inpatients. *Int J Law Psychiatry*, 28(3), 246-254.
- Hurk, A. A. v. d. & Nelissen, P. P. (2004). 'What works'. Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.

- Janssens, R., Boutellier, H., Iersel van, F., Wisse, O., Schuurmans, P., Janmaat, J., Boer de, H. & Derks, F. (2008). *Psychische stoornis en delict; Het voortdurende dilemma tussen zorg en straf*. Tilburg: KSGV, pp. 94-108.
- Janzing, C. & Kerstens, J. (1997). *Groepsgericht werken in een therapeutisch milieu* (5 ed.). Alphen aan de Rijn: Bohn Stafleu van Loghum.
- Janzing, C. & Lansens, J. (1996). *Milieu therapie, Het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting* (3 ed.): Van Gorcum.
- Kiresuk, T.J. & Sherman, R.E. (1968), Goal attainment scaling. A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Knegtering e.a. (2005). *Zorgprogramma psychotische stoornissen Groningen; Eindrapport van de Taakgroep Zorgprogramma Psychotische Stoornissen*. Groningen: Lentis en UCP/UMC Groningen.
- Kogel, C. H. de & Nagtegaal, M. H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. Den Haag: WODC, Boom Juridische uitgevers.
- Kortmann, F.A.M. prof.dr. (2006). *Presentatie Interculturele aspecten forensische psychiatrie*. St. GGZ Drenthe.
- Kiresuk, T.J., Smith, A. & Cardillo, J.E. (1994), *Goal Attainment Scaling: applications, theory and measurement*. Hillsdale (NJ, USA): Lawrence Erlbaum.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. & Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry*, 158(6), 848-856.
- 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 (Eds.), *Het recht van binnen. Psychologie van het recht* (pp. 963-975). Deventer: Kluwer.
- Leuw, E. (1995). *Recidive na ontslag uit tbs*. Arnhem: Gouda Quint.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works? Reducing Reoffending* (pp. 63-78). New York: John Wiley.
- Lodewijks, H. (2008). *Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile justice system - Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY*. Amsterdam: Vrije Universiteit van Amsterdam
- Lovell, D., Gagliardi, G. J., & Phipps, P. (2005). *Washington's dangerous mentally ill offender law: was community safety increased?* Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Schene, A.H., Knudsen, H.C., Vazquez-Barquero, J.L., e.a. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need-European Version. EPSILON Study 6. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *Br J Psychiatry Suppl*(39), s34-40.
- McGuire, T.J. (2000). Correctional institution based sex offender treatment: a lapse behavior study. *Behav Sci Law*, 18(1), 57-71.
- Meeuwissen, J.A.C., & Van Weeghel, J. (2003). *Ontwikkeling, evaluatie en implementatie van een stepped care-programma voor depressie*. Utrecht: Trimbos Instituut.

- Melief, W., Hoekstra, M., Langerak, E., Sijben, N. & Wevers, I. (1979). *Doelen stellen en evalueren. Een handleiding tot het gebruik van Goal attainment Scaling (GAS)*. Alphen a/d Rijn: Samsom (samson sociale en Culturele Reeks).
- Moran, P. & Hodgins, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 30(4), 791-802.
- Müller-Isberner, J. R. (1996). Forensic psychiatric aftercare following hospital order treatment. *Int J Law Psychiatry*, 19(1), 81-86.
- Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Nedopil, N. & Banzer, K. (1996). Outpatient treatment of forensic patients in Germany: current structure and future developments. *Int J Law Psychiatry*, 19(1), 75-79.
- Nieuwenstein, M.R., Aleman, A. & de Haan, E.H. (2001). Relationship between symptom dimensions and neurocognitive functioning in schizophrenia: a meta-analysis of WCST and CPT studies. Wisconsin Card Sorting Test. Continuous Performance Test. *J Psychiatr Res*, 35(2), 119-125.
- Nijman H., De Kruyk C., Van Nieuwenhuizen CH. (2002). Gedragsveranderingen tijdens TBS-behandeling. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 44:5.339-344.
- Nolan, K.A., Volavka, J., Mohr, P. & Czobor, P. (1999). Psychopathy and violent behaviour among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr Serv*, 50(6), 787-792.
- Ormel, J., Neeleman, J. & Wiersma, D. (2000). *Determinanten van psychische (on)gezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Parlementair onderzoek TBS. (2006). 's Gravenhage: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*, 167(5), 589-595.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Martindale, B., e.a. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med*, 32(5), 783-791.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., e.a. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, 32(5), 763-782.
- Projectgroep-fpt. (2008a). *Procesbeschrijving forensisch psychiatrisch toezicht*. Den Haag.
- Projectgroep-fpt. (2008b). *Plan van aanpak: implementatie forensisch psychiatrisch toezicht*. Den Haag.
- Raynor, P. (2002). Community penalties: probation, punishment, and 'what works'. In M. Maguir, R. Morgan & R. Reiner (Eds.), *The Oxford Handbook of Criminology, third edition* (pp. pp. 1168-1205): New York: Oxford University Press.

- 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 & Hildebrand M. (2005). Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten. Hoofdstuk 3, pp. 34-49. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ruiter, C. de, Vogel, V. de & Bouman, Y. (2007). Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting; introductie van de SAPROF. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33(2), 102-119.
- Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (nov. 2007). *Als niemand begrijpt wat ik bedoel: omgaan met allochtonen in de TBS*. Den Haag: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming.
- Schindler, V.P. (2005). Role development: an evidenced-based intervention for individuals diagnosed with schizophrenia in a forensic facility. *Psychiatr Rehabil J*, 28(4), 391-394.
- Schuringa E., Bokern H., Pieters R., Spreen M. Atascadero skills profile Nederlandse Versie (ASP-NV). Een gedragsobservatie-instrument voor de forensische psychiatrie.
- Schuurmans, P., Janmaat, J., Boer de, H. & Derks, F. (2007). Een verliesacceptatie groep voor tbs-patiënten met schizofrenie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62, 862-871
- Serin, R., Voung, B. & Briggs, S. (2003). Intensive supervision practices: a preliminary examination. Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Shaner, A., Eckman, T., Roberts, L. J. & Fuller, T. (2003). Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 54(9), 1287-1289.
- Steinböck, H., Groß, G., Nedopil, N., Stübner, S., Tiltscher, E., Von Vopelius, G., et al. (2004). Ambulante Betreuung forensischer Patienten vom Modell zur Institution [Forensic out-patients - from model to established practice]. *R&P*, 22(4), 199-207.
- Timmerman IGH. & Emmelkamp PMG. (2005). The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 49: 590-606.
- Timmons-Mitchell J., Bender MB., Kishna MA., Mitchell CC. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 35:227-236.
- Trimbos-instituut (2004). Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Gestel, B., Van der Knaap, L., Hendriks, A., De Kogel, C. H., Nagtegaal, M. H. & Bogaerts, S. (2006). Toezicht buiten de muren. Een systematische review van extramuraal toezicht op TBS-gestelden en vergelijkbare groepen in het buitenland. Den Haag: WODC.
- Van der Laan, A. M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A. A. M. (2006). Jeugddelinquentie: Risico's en bescherming. Bevindingen uit de WODC monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005 (No. WODC 245). Den Haag: WODC
- Veldhuizen, J. R., Berkhout, v., J.J., & Horsman, L. T. (2006). Forensisch psychiatrische patiënten en de maatschappij: Check, check, double check. *Proces*, 170-179.

- Verburg, H. and I. Boerema (2004). Aanzet tot een basisprogramma voor forensisch psychiatrische kwetsbaarheid. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Verburg, H. & Franx, G.C. (2000). Programma's in de volwassenenzorg – een update. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55(9), 800-812.
- Verburg, H. & Vliet, C. van der (2002). Implementatie zorgprogramma's in de GGZ. Verslag van een inventariserend onderzoek in 10 regio's. Utrecht: GGZ Nederland
- Walsh, E., Gilvarry, C., Samele, C., Harvey, K., Manley, C., Tyrer, P., e.a. (2001). Reducing violence in severe mental illness: randomised controlled trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ*, 323(7321), 1093-1096.
- Weide, C.T. van der (2008). Psychopathy, incidents and risk assessment in psychosis. Lopend onderzoek, GGz Drenthe. *Presentatie IAFMHS-congres te Wenen*.
- Wiederanders, M. R., Bromley, D. L., & Choate, P. A. (1997). Forensic conditional release programs and outcomes in three states. *Int J Law Psychiatry*, 20(2), 249-257.
- Zwemstra, J.C. (2004). Grensverkeer van forensisch psychiatrische patiënten tussen het justitiële en GGZ-domein. *Sancties*, 6, 341-348.

Bijlagen

Bijlage 1: Leden lees- en redactiecommissie

In alfabetische volgorde:

Bokern, Hein. Lentis (Forint)

Hein is psychiater en werkzaam als zorginhoudelijk manager en programmaleider psychotische stoornissen in het FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen.

Derks, Frans. Van der Hoevenkliniek

Frans is psycholoog en werkzaam bij het Stafbureau van de Van der Hoevenkliniek.

Hanoeman, Mahinder. FPC Oldenkotte/Ambulante Forensische Psychiatrie (AFP) Zwolle

Mahinder is werkzaam als psychiater in zowel klinische als resocialisatie afdeling van FPC Oldenkotte, als psychiater bij het AFPN-Zwolle en Jongerenhuis Harreveld.

Kerckhoven, Christel van. St. GGZ Eindhoven, Forensisch Psychiatrische Kliniek

Christel is GZ-psycholoog en werkzaam als behandelverantwoordelijke en programma-coördinator Psychosen voor Zorgeneid TBS1.

Marle, Jasper van. St. GGZ Drenthe, divisie Forensische Psychiatrie

Jasper is psychiater en naast zijn klinische werkzaamheden als psychiater ook behandelcoördinator van het Forensisch ACT-team.

Nieuwenhuizen, Chijs van. St. GGZ Eindhoven

Chijs van Nieuwenhuizen, psycholoog/psychotherapeut, is bijzonder hoogleraar Forensische Geestelijke Gezondheidszorg aan de Universiteit van Tilburg. Tevens is zij werkzaam bij De Catamaran, kliniek voor forensische jeugdpsychiatrie & orthopsychiatrie te Eindhoven.

Weide, Charles van der. St. GGZ Drenthe, divisie Forensische Psychiatrie, Eindredactie

Charles is GZ-psycholoog en werkzaam als behandelcoördinator en projectleider zorg-programmering. Hij doet onderzoek naar de comorbiditeit van psychopathie en psychotische stoornissen. Daarnaast heeft hij een eigen eerstelijnspraktijk.

Bijlage 2: Lijst met deelnemers zorgprogramma werkgroepen

Instelling	Naam
de Kijvelanden	Dries
	Kavelaars
	Schudel
de Meren	Harte
	de Kom
FPK Oldenkotte	Hanoeman
GGz Drenthe	van Marle
	van der Weide
GGzE	van Nieuwenhuizen
	Vankerckhoven
	van Zeist
Hoeve Boschoord	Bakker
	Fokker
	Leeuwestein
Oostvaarderskliniek	Abad
	van Kesteren
	Koster
	Oosterhof
	Slot
PBC	de Ranitz
Pompestichting	Goethals
	Hulsbos
	Moons
	van Son
Rooyse Wissel	Mertens
van der Hoeven kliniek	de Boer
	Derks
van Mesdag kliniek	Bokern
	Feringa
ITZ	Hochstenbach
Veldzicht	Vastenburger
EFP	Bon
	ten Brinck

Instelling	Naam
	van Eeden
	Eltink
	Jansen
	van der Linde
	Louwe
	Meyer
	Postma
	Scheer

Bijlage 3: Overzicht zorgprogramma's

Dit overzicht is samengesteld op basis van instellingsrapporten van de Inspectie van de gezondheidszorg (2005) en eventueel aanwezige informatie op de website van klinieken. De informatie kan verouderd zijn en dit is mogelijk geen volledig overzicht.

De Kijvelanden

- behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met psychotische problematiek; ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een zorgprogramma (2005)
- verslaafden
- jeugd
- agressie en Psychotische Stoornissen
- agressie en Persoonlijkheidsstoornissen
- seksueel Probleemgedrag

GGZ Drenthe

- zorgprogrammering Divisie Forensische Psychiatrie (2004):
 - voordeurprogramma
 - zorgprogramma psychotische kwetsbaarheid
 - zorgprogramma gedragscontrolestoornissen
 - zorgprogramma seksuele controlestoornissen

Pompestichting

- zorgprogramma voor persoonlijkheidsgestoorden
- zorgprogramma voor psychotici
- zorgprogramma voor langdurig forensische zorg

GGZ Eindhoven

- persoonlijkheidsproblematiek en traumagerelateerde stoornissen
- angst- en stemmingsstoornissen
- eetstoornissen
- ADHD
- intensieve groepsbegeleiding
- het Diagnostiek en Advies Centrum (intake en aanvullend psychodiagnostisch onderzoek)

FPC Dr. S. van Mesdag

- zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (2006)
- zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische kwetsbaarheid (2006)
- zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met autismespectrumstoornissen (2006)
- zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond (2006)

Veldzicht

Veldzicht beschikt over zes zorgprogramma's of behandellijnen, te weten:

- zorgprogramma intensieve zorg voor extreem vlucht- of beheersgevaarlijke patiënten
- zorgprogramma voor patiënten met een psychotische kwetsbaarheid en/of kenmerken ASS
- zorgprogramma cluster seksueel delinquenten
- zorgprogramma resocialisatie
- zorgprogramma longstay
- zwakbegaafden

Rooyse Wissel

- kwetsbaar voor psychose (2006)
- persoonlijkheidsstoornissen
- seksuele stoornis

AMC De Meren

- zorgprogramma psychotische stoornissen
- specialistisch zorgprogramma: psychotische stoornis & delictgedrag. Supplement op het algemene zorgprogramma 'psychotische stoornissen'.
- vier topzorgprogramma's:
 - psychotrauma
 - stemmingsstoornissen
 - schizofrenie
 - angst- en dwangstoornissen
- zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen
 - deelprogramma: borderlinestoornis

Oldenkotte

- zorgprogramma voor psychotici
- zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen

Oostvaarders

Er is gekozen voor een onderscheid naar perspectief na de intramurale tbs-behandelfase:

- ontwikkelbaren, die vermoedelijk terugkeren naar een zelfstandig bestaan
- kwetsbaren, zowel psychotici als zwak geïntegreerde persoonlijkheidsstoornissen
- die aangewezen zijn op korter of langer verblijf in GGZ-voorzieningen
- langdurig zorgafhankelijken die onder de paraplu van tbs op verblijfsafdelingen in de psychiatrie of op tbs longstay-afdelingen zullen verblijven.

Hoeve Boschoord

Hoeve Boschoord biedt vijf verschillende behandeltrajecten aan voor de volgende probleemcategorieën:

- cliënten met agressieproblematiek
- cliënten met verslavingsproblematiek
- cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag
- cliënten met een autisme spectrum stoornis en risicovol gedrag
- sterk gedragsgestoorde dove cliënten

Van der Hoevenkliniek

- zorgprogramma voor patiënten met psychotische stoornissen (2004)
- zorgprogramma voor patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (2005)

Bijlage 4: Aanbevelingen bij onderzoek bij allochtonen

Bij het gebruik van onderzoeksinstrumenten bij allochtone patiënten dient rekening gehouden te worden met een aantal factoren:

- Taalgebruik: veel instrumenten zijn ontworpen voor de Nederlandse cultuur en omgeving. Sommige tekens, woorden, of taalgebruik kunnen beledigend worden opgevat door bepaalde etnische groepen.
- Bij zelfrapportagevragenlijsten, klachtenlijsten en persoonlijkheidsvragenlijsten (VKP, SCL-90, NEO-PI-R, NPV, NVM) is het taalgebruik erg moeilijk: te lange, complexe zinnen en dubbele ontkenningen.
- Van tevoren kan een taalttest worden gedaan, of informatie nagevraagd worden bij educatie om het taalniveau in te schatten.
- Bij slecht taalgebruik dient overwogen te worden om een tolk te gebruiken.
- De leeftijd van aankomst is belangrijker dan de verblijfsduur in Nederland.
- Kinderen die voor hun zevende naar Nederland zijn gekomen verschillen minder met autochtonen.
- Hoekige vormen kennen mensen uit de Afrikaanse cultuur niet. Een RAVEN is dan minder geschikt.
- De verantwoordelijkheden voor een goede toepassing van de instrumenten en voor de besluitvorming dienen geregeld te zijn.
- Voor de oordeelsvorming moet worden nagegaan of de gebruikte instrumenten voldoen aan de voorwaarden voor gelijke behandeling.
- Bij de keuze van instrumenten moet rekening worden gehouden met toepassingsmogelijkheden bij leden van etnische minderheidsgroepen.
- De keuze van instrumenten dient gericht te zijn op een betrouwbare beoordeling.
- Bij gebruik van normgegevens moet worden nagegaan of leden van etnische minderheden in voldoende mate vertegenwoordigd zijn in de gebruikte normgroepen.
- De bedoeling en de wijze van uitvoering van het onderzoek moet begrijpelijk zijn voor leden van etnische minderheidsgroepen.
- De mogelijke beperkingen in de oordeelsvorming moeten bij de interpretatie van de resultaten duidelijk worden aangegeven.

Met betrekking tot de oordeelsvorming:

- Voor de interpretatie moet rekening gehouden worden met de bias in taal en cultuur.
- Vaak worden allochtonen zieker bevonden omdat ze gewend zijn zich meer lichamelijk te uiten. Je ziet een verhoogde score op bijvoorbeeld depressie en lijdensdruk. Voor de BDI hebben ze in Turkije een hogere grens voor depressie.
- Een ontkennend antwoord kan als ongeleefd worden gezien, lijkt meer sociaal wenselijk ingevuld.
- Paranoïde waanvorming kan beïnvloed worden door: het boze oog, hekserij en bezetenheid. Dit moet in de diagnostiek overwogen worden. Het cultureel interview kan hier mogelijk meer duidelijkheid over geven.

- Bij capaciteiten testen kan een ondergrens bepaald worden, een heel lage score zegt niet veel, maar een hoge wel.
- Allochtonen hebben vaak minder ervaring met werken met toetsen
- Allochtonen kiezen eerder voor een snelheidsstrategie dan een juistheidstrategie.

Werkwijze Interculturele Diagnostiek

Bij de diagnostiek wordt voor allochtonen (1^e en 2^e generatie) een cultureel onderzoek afgenomen, omdat bij hen de betrouwbaarheid van psychologische testen erg slecht is, blijkt uit de literatuur. Soms heeft het de voorkeur dat de persoonlijkheidsonderzoeken van allochtonen door de intercultureel diagnosticus worden gedaan, of begeleid. De persoonlijkheidsonderzoeken worden door middel van een interview (cultureel interview) afgenomen en onderzocht wordt of een ander instrument hierbij gebruikt kan worden.

Voor het patiëntvolgsysteem en voor onderzoek kunnen indien gewenst de benodigde testen worden afgenomen. Hierbij wil ik wel de opmerking maken dat de data die uit persoonlijkheidsvragenlijsten volgen vanwege bovenstaande kritieken niet altijd waardevolle informatie geven, en je kunt je afvragen of het zinvol is om op deze manier een patiëntvolgsysteem bij allochtonen te handhaven. Voor de neuropsychologische testen bij allochtonen is een aparte testbatterij samengesteld en er wordt van tevoren overleg gepleegd met de neuropsychologisch diagnosticus en de intercultureel diagnosticus.

- 1 Aanmelden bij de diagnostiek met een duidelijke onderzoeksvraag die betrekking heeft op de cultuur. Als er geen duidelijke onderzoeksvraag is kan er aangemeld worden voor een screening om na te gaan of culturele factoren een rol spelen in de behandeling, het delict, of het gedrag op de afdeling. Plaatsing op de wachtlijst.
- 2 Gesprek/verslag behandelaar/mentor: hoe verloopt de communicatie, de behandeling, het proces.
- 3 Verslagen doornemen en intakegegevens noteren.
- 4 Eventueel afgenomen diagnostiek nader onderzoeken op validiteit en eventuele kanttekeningen plaatsen.
- 5 Inleidend gesprek patiënt, vooraf moet de behandelaar al besproken hebben dat er een cultureel onderzoek wordt afgenomen.
- 6 Afnemen culturele interview/*cultural formulation*.
- 7 Culturele aspecten uit het verhaal onderzoeken, eventueel vragen tijdens interview aan patiënt.
- 8 Vaststellen of het nodig is om meer diagnostiek af te nemen.
- 9 Verslaglegging, rapportage behandelaar. Er wordt teruggekoppeld aan de patiënt eventueel samen met de behandelaar.

Enkele conclusies die uit een cultuuronderzoek kunnen komen:

- De manier waarop in een andere cultuur tegen relaties wordt gekeken.
- De mate van culturalisatie van de eigen en de Nederlandse cultuur.
- Achterdocht die voornamelijk voortkomt vanuit een onbegrip van de Nederlandse cultuur en vanwege een gebrekkige communicatie door te weinig kennis van de Nederlandse taal.

- De eigen culturele verklaring van de patiënt voor bepaalde geestesziektes en somatische ziektes.
- Bizarre gedachtes, die voortkomen uit een volksreligie.
- Narcisme dat meer geworteld is vanuit de cultuur dan vanuit persoonlijkheidsproblematiek.
- De communicatie in het Nederlands verloopt moeizaam en het is raadzaam om bij besprekingen en therapie gebruik te maken van een tolk.
- Er is een groot verschil in gedrag in het land van herkomst en in Nederland, dit kan te maken hebben met een cultuurshock.
- Bij toekomstige diagnostiek moet rekening gehouden worden met de culturele achtergrond van de patiënt. Er dient een aangepaste versie worden afgenomen, zowel voor npo als po.
- Het geloof neemt een belangrijke positie in het leven van de patiënt in, het is raadzaam om frequent overleg te plegen met de imam.
- Het gezin is voor de patiënt erg belangrijk en zou bij de behandeling moeten worden betrokken.
- Eer neemt een belangrijke positie in de cultuur van de patiënt in. Vanuit een krenking van deze eer is het delict gepleegd.
- De branderige ogen waar de patiënt over spreekt zijn niet vanuit de cultuur te verklaren.

Bijlage 5: Farmacotherapie

Ontleend aan: Knegtering e.a. (2005). *Zorgprogramma psychotische stoornissen Groningen; Eindrapport van de Taakgroep Zorgprogramma Psychotische Stoornissen*. Groningen: Lentis en UCP/UMC Groningen.

Sinds de ontwikkeling van antipsychotica (ook wel neuroleptica genoemd) is de prognose van de ziekte niet alleen op korte termijn maar ook op langere termijn aanzienlijk verbeterd. Bij positieve symptomen zijn antipsychotica effectief, maar ze hebben slechts een beperkte tot geen invloed op negatieve symptomen en neurocognitieve functiestoornissen. Wat betreft de verbetering op psychotische symptomen lijken alle huidige bekende antipsychotica globaal even effectief te zijn (Davis e.a., 1992) hoewel sommigen beweren dat risperidone, olanzapine en vooral clozapine misschien iets effectiever zijn. (Geddes e.a., 2000; Davis e.a., 2003). Clozapine is onomstreden waarschijnlijk iets effectiever bij positieve en negatieve symptomen en verlaagt de recidiefrequentie meer dan klassieke antipsychotica (Kane e.a., 1988; Davis e.a., 2003).

Negatieve symptomen worden slechts in beperkte mate gunstig beïnvloed door de moderne antipsychotica. Er zijn enkele recente onderzoeken waaruit zou blijken dat sommige moderne antipsychotica enige verbetering geven bij bepaalde cognitieve functiestoornissen.

De richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (1998) worden zoveel mogelijk aangehouden (zie ook de Multidisciplinaire Richtlijn 2005). Inmiddels is er steeds meer evidentie, en consensus onder beroepsbeoefenaren, dat zogenoemde 'atypische' antipsychotica de voorkeur genieten, omdat zij minder bijwerkingen op korte termijn (EPS) en lange termijn (TD) geven (Casey, 2000). Zo er al voor klassieke antipsychotica wordt gekozen, dan is er in ieder geval genoeg evidentie dat bij een eerste psychose een lagere dosering klassieke neuroleptica net zo effectief is en minder bijwerkingen veroorzaakt. Als een patiënt ingesteld wordt op een antipsychoticum of een nieuw antipsychoticum krijgt voorgeschreven moet uitleg worden gegeven over de werking, wanneer het effect te verwachten is en de bijwerkingen. Een goede uitleg over de bijwerkingen en het oog hebben voor deze bijwerkingen als arts is essentieel voor de behandelrelatie en de therapietrouwheid op zowel korte als lange termijn.

Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat er een grote variabiliteit bestaat tussen personen en groepen in de reactie op medicatie. De meest voorkomende ongewenste effecten zijn: gewichtstoename, sedatie, affectvervlakking, bewegingsstoornissen, seksuele bijwerkingen en duizeligheid. Van de antipsychotica-gebruikers heeft 30-60% seksuele functiestoornissen ervaren (Knegtering, 2003). Bij verschillende etnische groepen, bijvoorbeeld bij Aziaten, komt een genetisch bepaalde vertraagde afbraak van antipsychotica frequenter voor dan bij de algemene bevolking. Bij deze bevolkingsgroepen is vaak een lagere dosering van de antipsychotica nodig. Afro-Caraïbische mensen ervaren vaak meer extrapiramidale bijwerkingen en vertonen een verhoogde kans op tardieve dyskinesie (Jeste e.a., 1996; Ruiz, 2000). Daarnaast spelen individuele verschillen, samenhangend met erfelijk bepaalde activiteit van enzym-

systemen, voedingspatroon, lichaamsbouw en gebruik van nicotine of andere middelen een belangrijke rol bij het bepalen van de gevoeligheid c.q. doseringsbehoefte voor antipsychotica.

Andere geneesmiddelen

Antidepressiva en stemmingsstabilisatoren kunnen slechts worden toegevoegd aan het antipsychoticum, als de patiënt gesuperponeerd op schizofrenie een depressieve stoornis of manische episode doormaakt. Eerst dient echter de diagnose schizofrenie - eventueel door middel van een second opinion - in heroverweging te worden genomen: is er niet eerder sprake van een bipolaire stoornis of psychotische depressie? Indien dit niet het geval is, dient eerst getracht te worden de symptomen te behandelen door optimaliseren van de dosering antipsychotica.

Depot antipsychotica

Depotmedicatie is geïndiceerd bij patiënten die zelf aangeven dat ze medicatie in depotvorm prefereren en bij medicatie-ontrouwe patiënten die aan de gevaarscriteria voldoen, als zij geen medicatie gebruiken. Bij patiënten met een eerste psychose moet depotmedicatie worden vermeden.

Evaluatie

Het effect van het antipsychoticum moet bij het begin van de behandeling minimaal eenmaal per week door een arts worden geëvalueerd, waarbij met name ook op bijwerkingen wordt gelet. Daarna, zolang er geen stabiele situatie is ontstaan, ten minste eenmaal per twee weken waarbij gestreefd wordt naar een zo laag mogelijke dosering. Als er sprake is van EPS wordt in eerste instantie de dosis verlaagd, in tweede instantie overgegaan op een ander (meestal atypisch) antipsychoticum. Indien een stabiele situatie is ingetreden kan volstaan worden met (minimaal) eenmaal per drie maanden controle door een arts. Evaluatie gebeurt aan de hand van een klinische beoordeling en/of een maat voor ernst van de symptomen (BPRS-E of PANSS) (Overall e.a., 1988; Kay e.a., 1985, 1987). De bijwerkingen van het antipsychoticum moeten in het begin en na iedere verhoging wekelijks klinisch worden beoordeeld. Ten minste eenmaal per jaar dient op systematische wijze gecontroleerd te worden op EPS (extra piramidale symptomen) en tardieve dyskinesie (TD). Hiervoor wordt bij voorkeur gebruikgemaakt van gestandaardiseerde meetinstrumenten: de *Extrapyramidal Symptoms Rating Scale* (ESRS; Simpson & Angus Scale, (Simpson & Angus 1970) en de *Abnormal Involuntary Movement Scale* (AIMS; Guy 1976) (zie voor een overzicht o.a Harten van 2000).

Duur medicatie

Na een eerste psychose, waarbij dit waarschijnlijk in het kader van schizofrenie is, moet men volgens de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (1998) twee jaar antipsychotica continueren. Na een tweede psychose moet men tenminste vijf jaar antipsychotica gebruiken. De werkgroep van de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (2005) beveelt aan om na een psychotische episode de behandeling met een antipsychoticum tenminste twee jaar voort te zetten als fundament onder rehabilitatie-inspanningen.

De moderne antipsychotica

Hoewel sommigen menen dat risperidone, olanzapine en meer nog clozapine mogelijk wat effectiever zijn dan de klassieke antipsychotica, kan in ieder geval gesteld worden dat de moderne middelen ten minste even effectief zijn en minder vaak EPS veroorzaken (Geddes e.a., 2000). In Nederland zijn risperidon (Risperdal®), olanzapine (Zyprexa®), quetiapine (Seroquel®) en aripiprazol (Abilify®) voorbeelden van moderne middelen. Moderne middelen dienen individueel te worden beoordeeld en kunnen afhankelijk van het middel bijwerkingen veroorzaken zoals verminderde seksuele belangstelling, erectie- of zaadlozingsproblemen (risperidon) en toegenomen eetlust met daaruit voortvloeiend soms forse gewichtstoename (bijna alle antipsychotica, maar vooral clozapine en olanzapine). Vaststaat dat patiënten zich veelal prettiger voelen met de nieuwere middelen in vergelijking met de oude. Risperidon en olanzapine worden ook toegepast bij zogenaamde chronische symptomen. Hierbij zijn ze effectiever dan klassieke antipsychotica. Bij persisterende positieve symptomen (therapieresistente psychosen) blijft clozapine (Leponex®) het enige antipsychoticum waarvan is aangetoond dat het vaak werkzaam is waar andere antipsychotica niet werken. Soms kunnen risperidon en olanzapine clozapine op den duur vervangen, bij patiënten bij wie clozapine in een lage dosering is voorgeschreven (Wardenier e.a., 2000).

Lithium en carbamazepine

Van lithium is bekend dat het antipsychotisch werkt op de kernsymptomen van schizofrenie, vooral in combinatie met klassieke antipsychotica als die laatste onvoldoende effect sorteren. Voorts heeft het een gunstige werking op de impulscontrole en expansieve stemming.

Carbamazepine heeft dat ook, maar mist de werking op psychotische symptomen. Voorts daalt door enzyminductie de spiegel van antipsychotica, de dosis hiervan heeft aanpassing.

Bij combinatiebehandelingen neemt de kans op met name neurologische bijwerkingen toe.

Specifieke behandelindicaties

Antipsychotica

Medicatie moet zoveel mogelijk worden voorgeschreven volgens de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP, 1998), met uitzondering van de patiënten met een eerste psychose. Een atypisch antipsychoticum of lage dosering van een klassiek antipsychoticum (equivalent 2-6mg haloperidol) wordt dan aanbevolen (consensus Netwerk Eerste Psychose).

Benzodiazepine

Een benzodiazepine kan tijdelijk worden toegevoegd voor management van acute symptomen zoals agitatie, angst, slaapproblemen en akathisie.

Anticholinergica

Indien men voor het eerst een klassiek antipsychoticum voorschrijft wordt zó gedoiseerd dat niet standaard een anticholinergicum nodig is. Een anticholinergicum wordt slechts voor korte duur voorgeschreven. Na een tot twee maanden moet worden geë-

valueerd of de patiënt zonder anticholinergicum kan. Zo niet, dan moet het antipsychoticum verlaagd worden of er moet een atypisch antipsychoticum worden voorgeschreven.

Bètablokkers

Bètablokkers kunnen kortdurend worden voorgeschreven voor acuut management van akathisie. Cave: een door bètablokkers geïnduceerde depressie.

Bijlage 6: Assertive Community Treatment (ACT)

Ambulante behandeling van de doelgroep van dit zorgprogramma vraagt haast altijd om intensieve behandeling en begeleiding. *Assertive Community Treatment (ACT)* is een uitgebreid beschreven en onderzochte methodiek die in de reguliere GGZ met succes wordt gebruikt voor de groep van ernstige, veel overlast veroorzakende en vaak bij criminaliteit betrokken patiënten. De methodiek lijkt ook goed bruikbaar voor de forensische doelgroep, maar is binnen de forensische wereld nog in ontwikkeling.

ACT is in ruime mate onderzocht en heeft een hoge mate van wetenschappelijke evidentie als het gaat om de groep patiënten met complexe psychiatrische problematiek zoals dak- en thuislozen. Er is (nog) geen onderzoek dat zich richt op een specifieke forensische groep.

Toepassing van ACT is aan te bevelen als het gaat om patiënten met complexe problematiek die ambulante begeleiding nodig hebben in het kader van resocialisatie. ACT kan starten wanneer de patiënt een substantieel deel van de tijd in de samenleving verblijft.

Het verdient aanbeveling het ACT-team in een vroeg stadium bij de resocialisatiefase te betrekken. Onder bepaalde omstandigheden kan Functionele ACT (FACT) een praktisch alternatief zijn.⁶

ACT onderscheidt zich op een aantal wezenlijke punten van de gebruikelijke vormen van intensief case-management:

- 1 De zorgrollen binnen het ACT-team zijn verwisselbaar, zodat de continuïteit bij afwezigheid van teamleden (vakanties etc.) gewaarborgd is. Alle leden van het team zijn verantwoordelijk voor de behandeling van alle patiënten. Teamleden hebben geen eigen patiënten in zorg.
- 2 De case-load is kleiner. Er zijn per fulltime teamlid maximaal tien patiënten in zorg; bij casemanagement is dit meestal meer dan twintig.
- 3 Er is een fulltime psychiater per honderd patiënten; bij intensief casemanagement zijn dat er meer dan tweehonderd.
- 4 Het ACT team is multidisciplinair van samenstelling, terwijl de teams bij intensief casemanagement meestal monodisciplinair zijn samengesteld. Een ACT-team heeft meestal maximaal honderd patiënten in zorg, en bestaat uit een fulltime psychiater, tien fte teamleden van diverse disciplines en een teamsecretaresse.

Belangrijke kenmerken van ACT zijn:

- Primaire zorg wordt door het gehele multidisciplinaire team geleverd. Er wordt naar gestreefd om alle zorg die rond een patiënt nodig is vanuit het team en eigen deskundigheid te leveren.
- Zorg wordt daar geleverd waar de patiënt verblijft (community based care). Dat kan thuis bij de patiënt zijn, maar ook tijdens een opname, in de rol van medebehandelaar, zodat continuïteit van zorg wordt gewaarborgd.
- Er wordt gewerkt vanuit de rehabilitatiegedachte.
- Het team is proactief in het streven samen te werken met de patiënt, deze actief bij de zorg te betrekken en diens betrokkenheid in stand te houden. Het gezamenlijk doel is herstel van de beperkingen en handicaps of het bereiken van een optimaal niveau van functioneren in-

⁶ Functionele ACT is in Noord-Holland Noord ontwikkeld door R. van Veldhuijzen e.a. Hierbij wordt gewerkt vanuit de principes van intensief casemanagement, maar kan indien nodig of gewenst worden opgeschaald naar werken volgens de principes van ACT.

dien herstel niet haalbaar is. Het ACT-team heeft maatschappelijk herstel hoog in het vaandel staan waarbij het herstel van het actief bijdragen aan de maatschappij wordt bevorderd. Het liefst in de vorm van betaalde arbeid.

- Behandeling van verslaving is een wezenlijk onderdeel van het behandelaanbod.
- Ondersteuning bij financiën, vrijetijdsbesteding en onderhouden van contacten met belangrijke anderen.
- Het netwerk van de patiënt wordt actief bij de behandeling betrokken.
- Er is ook aandacht en zorg voor de somatische gezondheidsbehoeften van de patiënt.
- Er wordt zorg gedragen voor goede communicatie en samenwerking met de verschillende zorgverleners die buiten het team betrokken zijn bij de organisatie van de zorg rond de patiënt.

Bijlage 7: Risicotaxatie instrumenten

In het *Vernieuwde verlofbeleidskader TBS* (Werkgroep verlof en veiligheidsbeleid TBS, 2004) staat voorgeschreven dat in een verlofaanvraag de inschatting van het risico voor (seksueel) gewelddadig gedrag dient te worden vastgesteld met behulp van enkele risicotaxatie-instrumenten. Onlangs is het beleidskader voor verlofaanvragen aangepast naar de laatste (wetenschappelijke) inzichten over belangrijke factoren die mogelijk wijzen op een verhoogd (recidive)risico (Verloftoetsingskader, 2007). In dit verloftoetsingskader is vastgesteld dat een risicotaxatie dient te gebeuren met behulp van de risicotaxatie-instrumenten HCR-20 en/of HKT-30. Voor seksuele delinquenten dient daarnaast de SVR-20 te worden toegepast voor een gestructureerde risicotaxatie van het risico op een seksueel delict. Daarnaast dient de PCL-R te worden afgenomen. Voor de volledigheid merken wij op dat ook bij de risicotaxatie van forensisch psychiatrische patiënten zonder de maatregel van tbs dezelfde instrumenten worden gebruikt.

Over de vraag *welk(e)* risicotaxatie-instrument(en) in aanmerking komen voor gebruik in de forensisch psychiatrische centra in Nederland lopen de meningen uiteen. Een aantal klinieken geeft de voorkeur aan Nederlandstalige bewerkingen van Noord-Amerikaanse risicotaxatie instrumenten, zoals de *Historical Clinical Risk Management-20* (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; Nederlandse bewerking: Philipse, de Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000) voor gewelddadige delinquenten, omdat voor deze instrumenten empirische evidentie bestaat en gebruik ervan internationaal vergelijkend onderzoek mogelijk maakt.

Daarnaast is van verschillende kanten gesuggereerd dat het wellicht te prefereren is een risicotaxatie instrumentarium te ontwikkelen dat 'optimaal is aangepast aan de eigen context' (Werkgroep Pilotstudy Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002), waarbij dynamische factoren een relatief grote rol zouden moeten spelen. Voorbeelden van dergelijke instrumenten zijn de Forensisch Psychiatrische Profielen (FP40; Brand & Van Emmerik, 2001) en de door het Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (CIFP) ontworpen HKT-30 (CIFP, 2000), waarin, in vergelijking met eerder genoemde Noord-Amerikaanse instrumenten, relatief meer aandacht wordt besteed aan dynamische risicofactoren. Momenteel ondergaat de HKT-30 een (grondige) revisie om tegemoet te komen aan de praktische knelpunten van het gebruik die in de praktijk voorkwamen.

Overzicht en validering van instrumenten

Onderstaande paragrafen geven een overzicht van de waarde van enkele instrumenten die van belang zijn voor de Nederlandse forensisch psychiatrische praktijk. Behalve de reeds genoemde HCR-20 en HKT-30 waarvan een van de twee verplicht dient te worden afgenomen voor een verlofaanvraag en/of voor een verlengingsadvies, volgen hieronder ook een aantal andere veel in de FPC's gebruikte instrumenten⁷. Vervolgens is per instrument aangegeven wat de stand van zaken is met betrekking tot het valideren van deze instrumenten voor de Nederlandse forensische populatie. Het gaat veelal om een algehele populatie van forensische patiënten. Weinig van deze instrumenten zijn specifiek gevalideerd voor forensische patiënten met (een be-

⁷ Voor een uitgebreidere theoretische achtergrond en enkele validatiestudies van de afzonderlijke instrumenten wordt verwezen naar de desbetreffende handleidingen.

paalde vorm van) een persoonlijkheidsstoornis. Wanneer van toepassing, dan wordt dergelijk onderzoek voor deze specifieke groep beschreven.

Verplicht gestelde instrumenten

HCR-20

De HCR-20 is een instrument voor het inschatten van het risico van toekomstig gewelddadig gedrag bij personen met een gewelddadige voorgeschiedenis en/of een psychische of persoonlijkheidsstoornis. De HCR-20 bestaat uit twintig items (tien zogenaamde historische items, vijf klinische en vijf risicohanteringsitems) die door een beoordelaar op basis van alle beschikbare gegevens over de onderzochte worden gescoord op een driepuntsschaal. Daarna volgt een 'klinische beschouwing' van de scores op de individuele items en wordt een risico-inschatting ('laag' risico, 'matig' risico of 'hoog' risico) vastgesteld.

De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos en Van de Ven (2004) onderzochten in een (retrospectief) onderzoek de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20 en de PCL-R. Op basis van alle beschikbare dossierinformatie werden de HCR-20 en de PCL-R van 120 patiënten, die tussen 1993 en 1999 waren vertrokken uit de Dr. Henri van der Hoevenkliniek, gecodeerd. De bevindingen laten zien dat de predictieve validiteit voor gewelddadige delicten voor zowel de HCR-20 als de PCL-R totaalscore goed is. Gewelddadige delicten werden significant beter voorspeld met de HCR-20 dan met het ongestructureerd klinisch oordeel. De HCR-20 blijkt tevens gewelddadig gedrag (incidenten) bij intramuraal verblijvende tbs-patiënten goed te voorspellen (De Vogel & De Ruiter, 2004).

In een steekproef van 69 forensisch psychiatrische patiënten (64 mannen, 5 vrouwen), afkomstig uit de Forensisch Psychiatrische Kliniek van de GGZ Eindhoven, FPC Oldenkotte, of de Pompestichting onderzochten Philipse, Van Erven en Peters (2002) retrospectief de predictieve validiteit van de HCR-20. Alle patiënten waren in de jaren 1996-1998 vertrokken uit de genoemde instellingen, waarbij vertrek door de auteurs werd gedefinieerd als ontslag uit de kliniek óf start van proefverlof. De bevindingen laten zien dat de predictieve validiteit van de HCR-20 voor gewelddadige delicten voor zowel de HCR-20 totaalscore, evenals voor de totaalscore op de historische items (de H-schaal) en het gestructureerde klinische oordeel goed is. De dynamische schalen (de C-schaal en de R-schaal) hadden in deze studie geen enkele voorspellende waarde.

Een Nederlands *multicenter* retrospectief onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van onder andere de HCR-20 (Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005) bij een groep uitgestroomde ex-ter beschikking gestelden, laat zien dat de HCR-20 toereikend is om gewelddadige recidive mee in te schatten.

In de nabije toekomst wordt in enkele forensische centra onderzocht wat de waarde van de HCR-20 is in combinatie met de SAPROF, een instrument voor het inschatten van risico op basis van beschermende factoren.

HKT-30

De HKT-30 is een instrument dat ontwikkeld is door en voor professionals in de Nederlandse forensische psychiatrie 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 dienen te worden gescoord op een vijfpuntsschaal, variërend van 0 tot 4; hoe hoger de

score, des te hoger het risico voor de betreffende indicator. Per item worden de scores omschreven.

Een onderzoek naar de voorspellende waarde van de HKT-30 bij 123 personen over wie in de jaren 1993-1995 *Pro Justitia* is gerapporteerd (Canton, 2004) liet zien dat de predictieve validiteit van de somscore van de HKT-30 voor ernstige recidive (levensdelicten, zedendelicten, brandstichting, diefstal met geweld, zware mishandeling) redelijk goed is en vergelijkbaar is met het klinisch oordeel van de rapporteur.

In 2005 werd in een *multicenter retrospectief onderzoek* de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en de PCL-R onderzocht (Hildebrand e.a., 2005) bij een groep uitgestroomde ex-ter beschikking gestelden (het betrof zowel persoonlijkheidsgestoorden als patiënten met een psychotische stoornis). De onderzoekspopulatie, afkomstig uit acht klinieken, bestond uit 156 mannelijke patiënten die veroordeeld waren voor een gewelddadig niet-seksueel delict. In het onderzoek werd aangetoond dat zowel HKT-30 subschalen als de HKT-30 totaalscore van redelijke predictieve validiteit waren voor het inschatten van gewelddadige recidive.

PCL-R

De PCL-R is een instrument dat wordt gebruikt om de diagnose 'psychopathie' vast te stellen. De PCL-R bestaat uit twintig items; zeventien daarvan kunnen worden onderverdeeld in twee factoren. Factor 1 omvat affectieve en interpersoonlijke aspecten van de stoornis (zoals: gebrek aan empathie, sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde). Factor 2 omvat gedragskenmerken die behoren bij een antisociale levensstijl. Hoewel de vaststelling van de mate van psychopathie niet tot het domein van de risicotaxatie hoort, wordt de hoge correlatie tussen de score op de PCL-R met later gewelddadig gedrag wel als zeer risicovol gezien. De score van de PCL-R is in principe een life-time diagnose (althoewel met name de gedragsfactoren van factor 2 wel kunnen toenemen). Een hoge PCL-R wordt gezien als risicofactor en is als zodanig in de historische items van de HCR-20, de SVR-20 en de HKT-30.

Onderzoek in de Van der Hoevenkliniek laat zien dat het discriminerend vermogen van de PCL-R redelijk is (Hildebrand, de Ruiter & De Vogel (2003, 2004). Bovendien is in een *multicentre* onderzoek onder 156 uitgestroomde tbs-patiënten aangetoond dat de PCL-R diagnose, de PCL-R totaalscore en met name factor 2 redelijk goed gewelddadige recidive voorspeld (Hildebrand e.a., 2005).

In een recent artikel van Spreen, Ter Horst, Lutjenhuis en Brand (2008) wordt de vraag gesteld of de PCL-R resultaten ten aanzien van betrouwbaarheid en validiteit van één enkele instelling generaliseerbaar zijn naar de overige tbs-populatie. Zij stellen bovendien de bruikbaarheid van de diagnose psychopathie ter discussie voor risicotaxatie bij verlof.

Er wordt momenteel veel onderzoek gedaan naar de PCL-R: het mogelijk onderscheiden van subtypes binnen de algemene groep, de mate waarin patiënten die hoog scoren behandelbaar zijn, of juist gevaarlijker worden door (groeps)behandeling, of een intensieve behandeling geïndiceerd is of juist niet etc. Vooral nog kan gesteld worden dat patiënten die hoog scoren in principe van hetzelfde aanbod gebruikmaken. Wel betekent een hoge score een beroep op alertheid bij behandelaars. In principe hoeft een hoge score op de PCL-R geen absolute contra-indicatie voor resocialisatie te zijn na het klinische traject.

SVR-20

De SVR-20 is een gestructureerde klinische checklist om seksueel gewelddadige recidive in te schatten bij volwassen zedendelinquenten. De SVR-20 is ontwikkeld op basis van wetenschappelijke literatuur en ervaringen van klinische experts. Het instrument bestaat uit twintig items,

welke in drie domeinen zijn verdeeld; psychologische aanpassing, seksuele delicten en toekomstplannen. Veelal wordt dit instrument gebruikt bij het inschatten van seksuele recidive bij zedendelinquenten, en is om die reden ook voornamelijk bij zedenpopulaties gevalideerd.⁸

Alternatieve (risicotaxatie)instrumenten

START

De *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START*; Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004) is een lijst van twintig items voor herhaaldelijke beoordelingen op zeven risicodomeinen (geweld naar anderen, suïcide, zelfbeschadiging, zelfverwaarlozing, ongeoorloofde afwezigheid, middelengebruik en slachtofferschap). De START-methode is een methode om de risicogebieden en de mogelijke beschermende factoren in kaart te brengen en daarover met de patiënt in gesprek te gaan.

De START wordt momenteel in Nederland geïntroduceerd in de FPK Assen en wordt op hun initiatief vertaald. De START wordt in bepaalde mate ook ingezet in als risicotaxatie-instrument in een aantal klinieken. Het instrument is vooralsnog alleen in buitenlandse steekproeven gevalideerd (Webster e.a., 2004). De START schat het risico in op de korte termijn, en bevat naast risicoscores ook juist de sterktescores van de patiënt. Doordat het ontwikkeld is voor de inschatting op de korte termijn biedt het de mogelijkheid om snel adequate maatregelen te nemen teneinde het risico terug te brengen.

START bij patiënten met psychotische kwetsbaarheid

Tot op heden is de START niet specifiek gevalideerd voor patiënten met psychotische kwetsbaarheid. Bijzonder van de START is wel dat de zeven risicogebieden in feite ook gelden voor de niet-forensisch psychiatrische patiënten, want de groep patiënten met een psychotische kwetsbaarheid is sowieso kwetsbaar voor middelengebruik, victimisatie en bijvoorbeeld suïcide. De toepasbaarheid van de START is daarmee een stuk breder dan alleen de forensische populatie (Van der Weide, 2008).

SAPROF

De *Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF*; De Vogel, De Ruiters, Bouman, De Vries Robbe, 2007) is een beoordelingsrichtlijn welke ontwikkeld is om gebruikt te worden in combinatie met een betrouwbaar en valide risico-taxatie instrument zoals de HCR-20, HKT-30 of SVR-20. De SAPROF is ontwikkeld ter completering van de beoordeling van het risico van gewelddadig gedrag of seksueel delictgedrag in delinquenten en forensisch psychiatrische populaties. Door het identificeren en beschouwen van factoren die mogelijk compenseren voor de risicofactoren die in de HCR-20 of verwante instrumenten zijn gecodeerd, wordt de risicotaxatie voor toekomstig delictgedrag evenwichtiger. Daarnaast kan inzicht in de aan- dan wel afwezigheid van beschermende factoren een completer beeld van de persoon in zijn context geven en richtlijnen voor behandeling en risicohantering bieden.

Tot nu toe zijn er twee kleinschalige studies verricht met de SAPROF (Bouman, De Vogel & De Ruiters, 2004; De Vries Robbe, De Spa & De Vogel, in druk). In deze tweede studie is een onderzoek naar de betrouwbaarheid van de SAPROF. Deze bleek bevredigend. De eerste exploratieve studie (in verband met de korte follow-up-tijd) laat zien dat de predictieve validiteit redelijk tot goed is. De patiënten bij wie veel beschermende factoren aanwezig zijn, bleken vaker niet dan wel te recidiveren

⁸ Voor een uitgebreidere beschrijving van de SVR-20 wordt verwezen naar het Zorgprogramma voor Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag van het expertisecentrum.

SAPROF bij patiënten met psychotische kwetsbaarheid

Tot op heden is de SAPROF niet specifiek gevalideerd voor patiënten met psychotische kwetsbaarheid, maar betrof de onderzoekspopulatie een meer algemene tbs-populatie.

FP-40

De FP-40 (Brand & Van Emmerik, 2001) is deels ontstaan uit de Werkgroep Afstemming Registratiegegevens (WARG). De WARG bestaat uit de basis patiëntgegevens en de verblijfsgegevens, die uiteindelijk in MITS zijn ingevoerd. Uit de verzameling basispatiëntgegevens ontstond de FP-40. De lijst benadert elke stoornis van een patiënt op basis van multicausaliteit. Het instrument geeft van elke patiënt een soort sterkte- en zwakteprofiel. Veel theoretische modellen liggen ten grondslag aan de FP-40. Vanuit de draagkracht-/draaglasttheorie kan er gesproken worden van risicofactoren versus beschermende factoren. Ook kan er gekeken worden naar het gebruikelijke kwetsbaarheid-, stress-, copingmodel om te bepalen hoe een tekort aan copingmechanismen tot stress en psychisch disfunctioneren kan leiden. De items zijn onder te verdelen in vier domeinen. Het eerste domein is dat van het psychiatrische toestandbeeld, de hulpverleningsgeschiedenis en de eventuele verslaving. Het tweede domein omvat de persoonlijkheid en vaardigheden. Het derde domein omvat de ontwikkeling en de maatschappelijke inbedding. Het vierde domein bevat dan de situatieve factoren tijdens de delictsituatie. De veelzijdigheid van de domeinen en de bijbehorende items geven een uitgebreid beeld van de zwakke en sterke punten van betreffende patiënt.

FP-40 bij patiënten met psychotische kwetsbaarheid

Tot op heden is de FP-40 niet specifiek gevalideerd voor patiënten met psychotische kwetsbaarheid, maar betrof de onderzoekspopulatie een meer algemene tbs-populatie.

VRT-9

De Verlof Risico Taxatie-9 (VRT-9) is een ontwikkeld model om recidive vanuit verlof door tbs-gestelden in te kunnen schatten (Hilterman, 1999, 2000, 2001). Op basis van een retrospectief onderzoek bleek dat een aantal factoren van belang zijn voor het voorspellen van recidiverisico tijdens verlof. De populatie betrof een steekproef van de algehele tbs-populatie. Hilterman (2000) vond dat recidive tijdens verlof goed te voorspellen was door een model, dat ontwikkeld is op retrospectieve data met daarin negen variabelen: type uitgangsdelict, dader-slachtofferrelatie bij het uitgangsdelict, verzet tegen behandeling, mate van verantwoording voor uitgangsdelict, inzicht in algemeen geldende normen en waarden, aantal overplaatsingen en overtredingen van verlofvoorwaarden bij eerder verlof, de omvang van het deviante netwerk, en alcoholgebruik tijdens de tbs. Geconcludeerd werd dat het inventariseren van deze risicofactoren als ondersteuning gebruikt kan worden bij het inschatten van de kans op recidive tijdens een verlof. Tot op heden is niet bekend of dit model ook voor persoonlijkheidsgestoorde patiënten specifiek van waarde is.

FOTRES

Recent wordt het in Zwitserland ontwikkelde FOTRES (*Forensisches Operationalisiertes Therapie-Risiko-Evaluations-System*) onderzocht voor de bruikbaarheid in de sector tbs. FOTRES is een systeem waarmee risicoaspecten, maar ook (te verwachten) therapie-effecten in kaart kunnen worden gebracht en kunnen worden geëvalueerd. Naast het structureel terugvalrisico wordt ook de veranderbaarheid van een justitiabele bepaald. Kenmerkend voor het systeem is de mogelijkheid om op verschillende tijdstippen zogenaamde 'gesimuleerde invrijheidstellingen' te scoren, waarbij gedocumenteerd wordt wat het actuele risico in zou houden wanneer iemand op dit ogenblik in vrijheid gesteld zou worden. In deze wegging worden meegenomen actuele

behandelresultaten en niet direct bij de behandeling betrokken variabelen die wel invloed hebben op het recidiverisico. Met name dit laatste is uniek te noemen, daar deze belangrijke factor in geen enkel risicotaxatie-instrument terug te vinden is. Uniek is het feit dat het systeem beschouwd kan worden als een patiënt-volgsysteem waarbij vanaf de initiële Pro Justitia-rapportage periodiek metingen kunnen worden verricht, zowel vóór, tijdens als na een ingezette behandeling. Het is vooralsnog niet duidelijk of dit instrument voor verschillende groepen Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten gevalideerd is.

Bijlage 8: Beschrijving van diverse verlofmodaliteiten in de tbs

Begeleid verlof

Als eerste kan een ter beschikking gestelde in aanmerking komen voor begeleid verlof. Dit houdt in dat betrokkene onder begeleiding van personeel zich buiten de beveiligde zone van de inrichting mag begeven. Het begeleide verlof is meestal van korte duur. In de regel maximaal een dag. De begeleiding brengt met zich mee dat er continu toezicht is op het doen en laten van de betrokken ter beschikking gestelde. Begeleid verlof is in aanvang dubbel begeleid, de zogenoemde beveiligde fase. Indien het forensisch psychiatrisch centrum het verantwoord acht, kan op basis van het verloop van de begeleide verlopen, het gevoerde risicomanagement en het delict risico de begeleiding teruggebracht worden tot één persoon. Begeleid verlof dient voor het meten van de ontwikkeling en als basismeting voor verdere behandeling. Met deze vorm van verlof kan getoetst worden hoe de ter beschikking gestelde reageert op bepaalde prikkels en impulsen, die zich binnen de inrichting niet voordoen. Daarnaast kan het verlof een motiverende werking hebben op de behandeling.

Sinds 2006 heeft kenniscentrum Pompeii in samenwerking met de FPC's een opleidingsprogramma opgezet om sociotherapeuten te scholen in het begeleiden van verlopen van tbs-gestelden. In deze cursus wordt informatie verstrekt, ervaring uitgewisseld en rollenspelen gedaan over begeleide verlopen.

Onbegeleid verlof

Als de begeleide verlopen van een ter beschikking gestelde goed verlopen, kan worden overwogen de persoon onbegeleid verlof te verlenen. Onbegeleid verlof is verlof buiten de beveiligde zone van de inrichting zonder begeleiding van personeel. Deze vorm van verlof kan een of meerdere dagen duren met of zonder overnachtingen. Onbegeleid verlof kan bijvoorbeeld omwille van werk of een opleiding zijn. Alvorens een ter beschikking gestelde op onbegeleid verlof gaat, worden duidelijke afspraken en toetsbare voorwaarden opgesteld. Deze komen voort uit het behandelplan. Net als begeleid verlof dient ook onbegeleid verlof om de ontwikkeling van een ter beschikking gestelde te meten. Met deze vorm van verlof kan getoetst worden in hoeverre een ter beschikking gestelde de geboden vrijheden aan kan en in welke mate de persoon zelf verantwoordelijkheid kan dragen voor de gemaakte afspraken. Onbegeleid verlof dient tevens tot het verkennen van re-integratiemogelijkheden.

Transmuraal verlof

Als zowel de begeleide verlopen als de onbegeleide verlopen goed zijn verlopen en de kliniek van mening is dat er mogelijkheden zijn tot re-integratie kan transmuraal verlof worden verleend. Tijdens transmuraal verlof verblijft een ter beschikking gestelde voor langere tijd buiten de beveiligde zone van de inrichting, dit zonder begeleiding van personeel. De ter beschikking gestelde kan in verschillende woonvormen geplaatst worden. Dit kan een zelfstandige woonvorm zijn, een beschermde woonvorm, of een 'open dependance' van de inrichting. De ter beschikking gestelde krijgt nog wel begeleiding vanuit de kliniek. De verantwoordelijkheid en de regie liggen ook nog bij de kliniek. Deze vorm van verlof dient als beslissingsfase in de beëindiging van de behandeling.

Proefverlof

Na de transmurale fase volgt proefverlof. Het vindt plaats in de uitstroomfase die leidt tot een onvoorwaardelijke beëindiging van de tbs-maatregel dan wel tot vervolgbehandeling (bijvoorbeeld overplaatsing naar de GGZ-sector of voorwaardelijke beëindiging tbs, dit laatste geldt

voor maximaal negen jaar). Ook tijdens deze fase is het bevel tot verpleging officieel nog aanwezig en kan de patiënt bij problemen dus meteen weer worden opgenomen. Het toezicht wordt tijdens het proefverlof niet meer door de kliniek uitgeoefend maar door de reclassering. Sinds kort echter, kan ook tijdens het proefverlof nog intensief toezicht worden uitgeoefend in het kader van forensisch psychiatrisch toezicht (zie verderop in dit hoofdstuk). Deze nieuwe toezichtsvorm onderscheidt zich van reclasseringstoezicht doordat het wordt uitgevoerd door de tbs-instellingen zelf. Forensisch psychiatrische medewerkers houden toezicht op de tbs-gestelde terwijl deze zich buiten de kliniek bevindt. Zij monitoren het gedrag en coördineren het hulpverleningsaanbod buiten de kliniek. Poliklinische en deeltijdbehandelingen kunnen deel uitmaken van de gestelde voorwaarden die bij het proefverlof horen.

Voordat een ter beschikking gestelde toestemming krijgt met verlof te gaan, moeten een aantal zaken worden doorlopen. Dit speelt ook als van de ene vorm van verlof wordt overgegaan naar een andere. Voor elke verandering in verlofvorm moet een machtiging door de Minister van Justitie worden afgegeven. Om een verlofmachtiging te krijgen wordt door het hoofd van de inrichting, waar de ter beschikking gestelde aan verbonden is, schriftelijk een machtiging aangevraagd (artikel 53 lid 2 Reglement verpleging ter beschikking gestelden). Eén van de belangrijkste vereisten voor een behandeling van de aanvraag van een verlofmachtiging, is het aanwezig zijn van een recente risicotaxatie (Commissie-Visser, 2005-2006; Werkgroep-verlof-en-veiligheidsbeleid-TBS, 2004). Onder een recente risicotaxatie wordt een risicotaxatie van maximaal een jaar oud verstaan (Inspectie-voor-de-sanctietoepassing, 2005). Een machtiging wordt verstrekt voor een periode van een jaar, voor een specifieke verlofvorm. De machtigingen werden tot voor kort namens de Minister van Justitie behandeld en afgegeven door de afdelingen Individuele TBS Zaken (ITZ) van de DJI, onderdeel van het Ministerie van Justitie. Vanaf 1 januari 2008 is er het Adviescollege Verloftoetsing TBS. Dit onafhankelijke college toetst alle verlofaanvragen formeel en inhoudelijk. Een nieuwe verlofeenheid binnen de DJI beslist, op basis van het advies van het college, over de verlofaanvraag.