

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Kwaliteitscriteria forensische geestelijke gezondheidszorg

Claudia Pouls

Prof. dr. Inge Jeandarme



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2020/04
 SWVG-Rapport 35
 Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Titel rapport: Kwaliteitscriteria forensische geestelijke gezondheidszorg
 Promotor: Prof. dr. Inge Jeandarme^{1,2}
 Onderzoeker: Claudia Pouls¹

¹ OPZC Rekem, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), Daalbroekstraat 106, 3621 Rekem

² KU Leuven, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Herbert Hooverplein 9, 3000 Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuven Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 35

April 2020

Kwaliteitscriteria forensische geestelijke gezondheidszorg

Onderzoeker: Claudia Pouls¹

Promotor: Prof. dr. Inge Jeandarme^{1,2}

¹ OPZC Rekem, Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor), Daalbroekstraat 106, 3621 Rekem

² KU Leuven, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Herbert Hooverplein 9, 3000 Leuven

Samenvatting

Luik 1 – residentiële categoriaal: In samenspraak met een expertengroep werden door de overheid criteria geformuleerd om kwaliteitsvolle categorale residentiële forensische geestelijke gezondheidszorg te waarborgen. Vanuit het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werd gevraagd dit referentiekader te concretiseren op basis van input vanuit de literatuur en best practices uit het buitenland. Er werd een rapid review uitgevoerd via de database PubMed. Voor elk thema werden zoekcriteria geformuleerd, aangevuld door algemene termen gerelateerd aan forensische psychiatrie (“forensic psych*” OR “maximum secur*” OR “high secur*” OR longstay OR longcare OR “medium secur*” OR “low secur*” OR “secure hospital” OR “forensic mental health”). Dit leverde 2647 artikels op. Na een screening van de titels en abstracts werden 254 artikels weerhouden. Na het lezen van de full text artikels, werden 169 artikels weerhouden. Daarnaast werden de literatuurlijsten van de weerhouden artikels gescreend en andere reeds beschikbare relevante bronnen geïncludeerd, wat 103 additionele artikels opleverde. Uiteindelijk werden 272 peer review artikels geïncludeerd. Best practices werden onderzocht aan de hand van internationale onderzoeksrapporten (overwegend Nederland), risicotaxatie-handleidingen en diverse referentie- en beleidskaders (Nederland, Engeland, Schotland en Australië). Vanwege de vele en sterk uiteenlopende thema’s is het onmogelijk om een samenvatting te formuleren van de bevindingen. Wel kunnen enkele opvallende bevindingen genoteerd worden. Risicotaxatie is een essentieel onderdeel binnen de behandeling en start al tijdens de observatiefase en de diagnostiekstelling. Ook de opkomst van de herstelgerichte benadering en patiëntenparticipatie binnen de forensische zorg krijgt een prominente rol in de literatuur. Met betrekking tot best practices lijkt Engeland een voortrekkersrol uit te oefenen, met zeer uitgebreide referentiekaders en richtlijnen. Verder valt in het algemeen op dat de evidentie voor de behandeling voorsnog beperkt blijft.

Luik 2 – ambulante/mobiel categoriaal: Voor het tweede gedeelte van de opdracht werd gevraagd om op basis van (internationale) literatuur en best practices op zoek te gaan naar bruikbare handvatten en kwaliteitseisen voor de opmaak van het referentiekader voor ambulante en mobiele categorale zorg. Voor dit luik werd dus vertrokken van een blanco blad. De database PubMed werd doorzocht middels

de volgende zoektermen: (“forensic psych*” OR “mental* ill offender*” OR “mental* disorder* offender*”) AND (outpatient OR ambulatory OR community). Ook andere relevante bronnen zoals onder andere gedetecteerd tijdens fase 1 werden geïncorporeerd. Dit resulteerde in 1039 artikels. Na een screening van de titels en abstracts werden 182 artikels weerhouden. Uiteindelijk werden 58 full text artikels geïntegreerd. De literatuur met betrekking tot ambulante en mobiele forensische dienstverlening is aanzienlijk schaarser dan deze met betrekking tot de residentiële forensische zorg. Daarnaast blijkt uit de best practices dat er weinig tot geen formele criteria bestaan voor ambulante en mobiele teams. Richtlijnen die gevonden werden hebben – conform luik 1 – met name betrekking op Nederland en Engeland. Ondanks de heterogeniteit, konden toch heel wat gemeenschappelijke of overlappende noemers geformuleerd worden. Deze betreffen: multidisciplinariteit, gestructureerde risicotaxatie- en management, herstel, intersectorale samenwerking, crisismogelijkheden, warme overdracht, opleiding en supervisie, motivatiebevordering en het aanpakken van multiple noden zoals druggebruik en huisvesting. Deze thema’s vertonen daarmee een duidelijke overlap met de criteria geformuleerd voor de residentiële forensische sector (cf. luik 1).

Inhoud

LUIK 1 – RESIDENTIEEL CATEGORAAL	9
Inleiding	9
Hoofdstuk 1 Methodologie	11
1 Peer review artikels	11
2 Beleidsdocumenten	13
Hoofdstuk 2 Algemeen kader buitenland	15
1 Nederland	15
1.1 Verplicht normenkader	15
1.2 Forensische richtlijnen	17
1.3 Beveiligingsniveaus	18
2 Engeland	19
2.1 Verplicht normenkader	19
2.2 Forensische richtlijnen	19
2.3 Beveiligingsniveaus	23
3 Schotland	26
3.1 Verplicht normenkader	26
3.2 Forensische richtlijnen	29
3.3 Beveiligingsniveaus	29
4 Ierland	30
5 Australië	30
6 Italië	30
Hoofdstuk 3 Bevindingen	31
1 In geval van een beknopt voorlichtingsrapport of maatschappelijke enquête (JA) of een adviesvraag van een verwijzer	31
2 Zorgtraject	31
2.1 Intake (voor beslissing opname)	31
2.2 Observatie en diagnostiek	36
2.3 Behandeling/begeleiding	41
2.4 Doorstromingstraject	74
2.5 Stopzetting behandeling	82
3 Interne rechtspositie	83
4 Familie/context	83
5 Medewerkers	84
6 Infrastructuur	96
7 Intersectorale samenwerking	103

Hoofdstuk 4	Voorstellen extra criteria	107
1	Inschatting ontvluchttingsgevaar	107
2	Fysieke gezondheid	108
3	Routine Outcome Monitoring (ROM)	111
4	Metten van patiënttevredenheid en bevorderen van patiëntparticipatie	111
5	Kwaliteit van leven	114
6	Ervaringsdeskundigen	115
Hoofdstuk 5	Discussie	117
LUIK 2 – AMBULANT/MOBIEL CATEGORAAL		119
Inleiding		119
Hoofdstuk 6	Methodologie	121
1	Peer review artikels	121
2	Beleidsdocumenten	122
Hoofdstuk 7	Best practices	123
1	Nederland	123
1.1	Verplicht normenkader	123
1.2	Richtlijnen forensische (F)ACT	124
1.3	Time-out	131
2	Engeland	132
2.1	Verplicht normenkader	132
2.2	Forensische richtlijnen	133
3	Verenigde Staten	136
4	Andere landen	137
Hoofdstuk 8	Literatuurstudie	139
1	Forensische mobiele teams	139
1.1	ACT, FACT, ForACT. What's in a name?	139
1.2	Effectiviteit FACT	140
1.3	Standaarden voor FACT-teams: wat zegt de literatuur?	141
2	Forensische ambulante zorg	143
2.1	Risicotaxatie	143
2.2	Behandeling	144
2.3	Motivatatiebevordering	147
2.4	Woonst	147
2.5	Werk	148
2.6	Overige aspecten	148

3	Extramurale zorg: overkoepelende aspecten	148
Hoofdstuk 9	Discussie	151
Referenties		153
Bijlagen		173
Lijst Tabellen		
Tabel 1	Gehanteerde zoektermen per (sub)thema	12
Tabel 2	Verplichte indicatoren in 2019 voor de diverse settings binnen Nederland	16
Tabel 3	Verplichte indicatoren in 2020 voor de diverse settings binnen Nederland	17
Tabel 4	Personeelsbezetting per land	86
Tabel 5	Vertegenwoordiging van disciplines binnen een (forensisch) team in diverse landen	88
Tabel 6	Verplichte indicatoren in 2019 voor de diverse settings binnen Nederland	123
Tabel 7	Verplichte indicatoren in 2020 voor de diverse settings binnen Nederland	124
Tabel 8	Formatieomvang voor de diverse disciplines	128
Lijst Figuren		
Figuur 1	Schematische weergave selectieproces van de peer reviewed artikels	13
Figuur 2	Schematische weergave selectieproces van de peer reviewed artikels	121

LUIK 1 – RESIDENTIEEL CATEGORAAL

Inleiding

In 2018 werd in samenwerking met experts uit het forensische werkveld een aantal criteria geformuleerd om de kwaliteit van de categorale residentiële forensische geestelijke gezondheidszorg te waarborgen. Dit referentiekader kan geraadpleegd worden op de website van het Agentschap Zorg en Gezondheid (Agentschap Zorg en Gezondheid, 2019). Aan LUCAS en KeFor werd gevraagd om dit referentiekader verder te concretiseren en te onderbouwen met wetenschappelijke literatuur om als basis te dienen voor de verdere ontwikkeling van de standaarden. Hoewel de geraadpleegde referentiekaders uit het buitenland impliciet gebaseerd zijn op wetenschappelijke evidentie via het betrekken van forensische experts, is het uitvoeren van een literatuurstudie bij de ontwikkeling van zo'n referentiekader uniek.

De doelgroep waarop het referentiekader van toepassing zal zijn betreft alle personen die strafbare feiten gepleegd hebben of hiervan verdacht worden, die opgevolgd worden door een justitiële instantie en binnen dit kader een behandeling of begeleiding dienen te volgen, met uitzondering van kinderen en jongeren. Ook de VAPH-sector valt buiten het toepassingsgebied van dit referentiekader.

Het referentiekader werd voor onderhavig document als kapstok gebruikt, waarbij elk thema achtereenvolgens besproken wordt. De door de overheid geformuleerde criteria worden aangegeven tegen een lichtgrijze achtergrond. Per norm werd er een opsplitsing gemaakt tussen de evidentie gevonden in peer reviewed artikels en in de praktijk in het buitenland. Het document start met een bespreking van de methodologie en geeft als achtergrondinformatie aansluitend informatie omtrent de algemene kaders in een aantal landen die verder in de tekst aan bod komen.

Zoals Gortz en Commons (2015) benadrukken zijn standaarden nooit waterdicht en zijn ze onderhevig aan veranderingen als gevolg van wetenschappelijke, technologische, juridische of maatschappelijke veranderingen. Geadviseerd wordt dan ook om de normenset ten gepaste tijde te herevalueren.

“Forensic-psychiatric institutions are high-cost, low volume services which pose significant restrictions on individuals. It is therefore imperative that the practice of forensic psychiatry follows the highest standards, based on the most recent scientific evidence”

(Völlm, Clarke, et al., 2018, p. 69)

Hoofdstuk 1

Methodologie

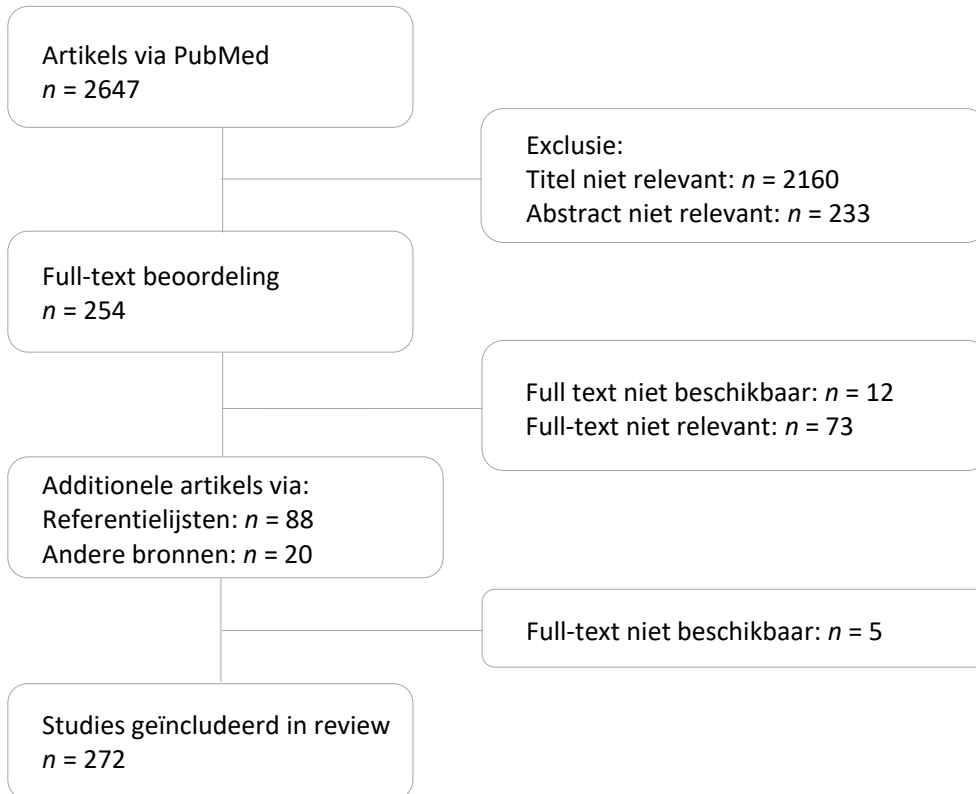
1 Peer review artikels

De literatuur werd vanwege tijdsbeperking gescreend via de methode van een rapid review. Er werd hiervoor beroep gedaan op peer reviewed artikels via de database PubMed (d.d. 4 oktober 2019). In tabel 1 worden de gehanteerde zoektermen gepresenteerd. Deze werden telkens aangevuld met termen gerelateerd aan het type setting, i.c. forensische psychiatrie: “forensic psych*” OR “maximum secur*” OR “high secur*” OR longstay OR longcare OR “medium secur*” OR “low secur*” OR “secure hospital” OR “forensic mental health”. Daarnaast werden een aantal exclusiecriteria gehanteerd: publicaties vóór 2010, hoofdstukken en boeken, taal anders dan Engels en Nederlands, plegers met een verstandelijke beperking, adolescente daders, specifieke instrumenten of interventies/programma’s (psychodiagnostiek, behandelprogramma’s, risicotaxatie-instrumenten), thema seksualiteit, vooropleiding hulpverleners en vrijheidsbeperkende maatregelen. De subthema’s psychopathologie en behandelmodellen leverden een aanzienlijk aantal hits op. Vermits de focus niet lag op concrete interventies, maar eerder behandeling in zijn algemeenheid, werden voor deze thema’s na overleg met de opdrachtgevers enkel meta-analyses en reviews weerhouden.

Tabel 1 Gehanteerde zoektermen per (sub)thema

Algemeen	
	“standard* of care” OR “standard* of practice”
Intake	
	pre-admission OR preadmission OR inreach OR pretherap* OR intake
Observatie en diagnostiek	
	“social network” OR multidisciplinary OR team OR admission OR observation
Behandeling en begeleiding	
Risicotaxatie	“risk assessment” OR “safety level” OR “security need” OR “violence risk management” OR “criminogenic need”
Delictanalyse	(offense OR offence OR crime) AND (analys* OR chain OR script OR scenario)
Psychopathologie	diagnos* OR “psychodiagnostic testing”
(vroeg)signalering	“early recognition” OR “early signs” OR “early warning signs”
Alcohol- en drugscreening	(alcohol OR drug OR substance) AND (screening OR testing)
Incidentanalyse	incident AND (response OR analys*)
Time-out/crisis	time-out OR crisis
Patiënttevredenheid	(patient AND (experience OR satisfaction)) OR “quality of care” OR “quality of life”
Behandelmodellen	(treatment AND (model OR program*)) OR “peer support”
Herstelgerichte benadering	“therapeutic recovery focused care” OR recovery
Beveiliging	safety OR security OR “physical security” OR “relational security” OR “procedural security” OR safeguard
Behandelplannen	“treatment plan” OR “care plan” OR “care pathway” OR “care program*”
Hervalpreventie	“relapse prevention” OR “harm reduction”
Samenwerking	transition OR transfer OR pathway OR trajector*
Motivatiebevorderend/ aanklampend werken	motivation OR “cycle of change” OR “coercive treatment”
Doorstroming	
	transition OR transfer OR pathway OR trajectory*
Stopzetting	
	discharge OR release OR drop-out
Medewerkers	
	“staff patient ratio” OR “staff to patient ratio” OR “patient to staff ratio” OR staffing OR coaching OR education OR training
Infrastructuur	
	infrastructure OR “environmental design” OR “ward environment”

Na ontdebbling resulteerde dit in 2647 artikels. Na een screening van de titels en abstracts werden 254 artikels weerhouden. Abstracts die niet werden weerhouden, werden tevens gescreend door een van de promotoren. Van 12 artikels kon geen full text geraadpleegd worden. Na het lezen van de full text artikels, werden er 169 artikels weerhouden. Daarnaast werden de literatuurlijsten van de weerhouden artikels gescreend en andere reeds beschikbare relevante bronnen geïnccludeerd, wat 103 additionele artikels opleverde. Figuur 1 toont een schematische weergave van het selectieproces.



Figuur 1 Schematische weergave selectieproces van de peer reviewed artikels

2 Beleidsdocumenten

Naast peer review artikels werd tevens gezocht naar de best practices van andere landen via beleidsdocumenten. Dit betreft onder andere normenkaders. Wanneer binnen deze normenkaders gerefereerd werd naar andere forensische richtlijnen, werden deze ook meegenomen. Ook hier werden teksten in een andere taal dan Nederlands of Engels buiten beschouwing gelaten. Er werden geen tijdsbeperkingen gesteld. Dit resulteerde in de inclusie van 33 beleidsteksten uit Nederland, Engeland, Schotland, Ierland en Australië en vier handleidingen van risicotaxatie-instrumenten. Indien er andere landen besproken worden, werd deze informatie verkregen uit peer review artikels.

Er dient een belangrijke kanttekening geplaatst te worden bij de resultaten van de beleidsteksten. Het betreft hier vaak losstaande criteria, waardoor deze vatbaar zijn voor interpretatie. Het wordt daarom aanbevolen deze informatie te verifiëren bij contactpersonen in de betreffende landen.

Hoofdstuk 2

Algemeen kader buitenland

Ter inleiding wordt hier het algemene kader binnen de geïncorporeerde landen geschetst, gebaseerd op beleidsteksten of informatie op officiële websites. In het algemeen valt op dat veel normenkaders gebaseerd zijn op het Engelse model (Nederland, Ierland, Schotland). De referentiekaders van Nederland, Engeland en Schotland voorzien afzonderlijke normen per beveiligingsniveau, hoewel er veel overlap is en de verschillen vaak minimaal zijn.

Relevante normen en richtlijnen worden hier enkel in hun algemeenheid benoemd of beschreven. Specifieke relevante aspecten/normen binnen deze beleidsdocumenten werden opgenomen onder de overeenkomstige criteria van het Vlaamse referentiekader.

1 Nederland

1.1 Verplicht normenkader

De verplichte standaarden – genaamd ‘Kernset prestatie-indicatoren forensische psychiatrie’ (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019f) – zijn van toepassing op de forensische geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking. Ze zijn ontwikkeld en worden geüpdatet door een expertengroep onder projectleiding van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). In de expertengroep zijn zowel de brancheorganisaties, verschillende typen van forensische zorgaanbieders als beroepsverenigingen vertegenwoordigd. Er wordt verder een onderscheid gemaakt tussen verschillende types van setting: Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC), Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC), Klinisch overig (Forensisch Psychiatrische Kliniek/Forensische Verslavingskliniek (FPK/FVK), Forensisch Psychiatrische Afdeling/Forensische Verslavingsafdeling (FPA/FVA), Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt + forensisch (SGLVG+) en reguliere zorg), ambulante behandeling, beschermd wonen/ambulante begeleiding. Zorgaanbieders zijn slechts verplicht om aan de prestatie-indicatoren te voldoen bij een minimum instroom van 15 patiënten. De zorgaanbieders moeten de gegevens omtrent de indicatoren invoeren in een dataportaal. Het toezicht gebeurt verder in de vorm van een accountantsonderzoek. De accountant beschrijft alleen hoe de instelling invulling heeft gegeven aan de voorschriften. Van de accountant wordt ook niet verwacht dat hij het bestaan en de effectieve werking van deze procedures toetst of daarover een inhoudelijk oordeel geeft. Hij kan de benodigde informatie verkrijgen door bijvoorbeeld kennis te nemen van vastleggingen, procedurebeschrijvingen, interviews af te nemen of waarnemingen ter plaatse te verrichten. Hij toetst tevens de door de zorgaanbieder geregistreerde informatie. De resultaten worden neergeschreven in het Rapport van feitelijke bevindingen. Daarnaast vinden ook er peer review audits plaats, waarbij forensische (high, medium en low security) instellingen elkaar auditeren vanuit een bepaald thema (bijvoorbeeld risicotaxatie). Hierbij worden telkens vijf tips en vijf verbeterpunten gegeven (S. van Bodegom, persoonlijke communicatie, 29 januari 2020).

Tabel 2 Verplichte indicatoren in 2019 voor de diverse settings binnen Nederland

Indicator	Setting				
	FPC	PPC	Klinische zorg overig	Ambulante behandeling	BW/ambulant e begeleiding
0 Totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/ begeleiding is geweest	X	X	X	X	X
1 Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten					
1.1 Beginmeting	50%	60%*	65%*	50%*	
1.2 Vervolgmeting	50%*	55%	55%	35%	
1.3 Eindmeting	X	X	X	X	
2 Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel					
2.1 % patiënten dat vervolgzorg nodig		X	X	X	X
2.2 % patiënten dat vervolgzorg nodig, en waarvoor juiste vervolgzorg werd gerealiseerd		65%	X	X	X
2.3 Aantal patiënten met ontslag		X			
3 Het op systematische wijze meten van het recidiverisico					
3.1 Beginmeting	75%	75%*	55%*	40%*	
3.2 Vervolgmeting	75%*	75%	70%	X	
3.3 Eindmeting		75%			
4 Het meten van de verandering van het recidiverisico					
4.1 Beginmeting	70%	75%	70%		
4.2 Vervolgmeting	X	X	X		
5 Recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel					
6 Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst			Max. 33%	Max. 33%	Max. 33%
7 Agressie-incidenten	X	X	X		
7.1 agressie-incidenten/alle incidenten					
7.2 Agressie-incidenten/alle patiënten					
8 Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding	X	X	X	X	X

* Financiële consequentie verbonden aan het niet naleven van de normering.

In Nederland zijn er negen verplichte indicatoren. Niet alle settings dienen te voldoen aan alle indicatoren (zie tabel 2). De hoofdaanbieder blijft tot en met transmuraal verlof¹ verantwoordelijk. Vanaf proefverlof is de aanbieder bij wie de patiënt op dat moment verblijft verantwoordelijk. Per

¹ Transmuraal verlof is de derde en voorlaatste fase in het verlof van een ter beschikking gestelde (tbs'er). Het houdt in dat een tbs'er buiten de beveiligde zone van het forensisch psychiatrisch centrum (FPC) gaat wonen. Hij/zij woont dan zelfstandig, in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) of een forensisch psychiatrische afdeling van een psychiatrische instelling (FPA). De tbs-kliniek blijft de tbs'er op een afstand begeleiden.

aanbieder moet een bepaald percentage (van de patiëntenpopulatie) behaald worden. Bijvoorbeeld, binnen een FPC moet er voor 80% van hun patiëntenpopulatie een risicotaxatie-afname zijn geweest in het verslagjaar. Het niet voldoen aan een aantal indicatoren heeft financiële consequenties. Per setting is aan maximaal twee (deel)indicatoren een financiële consequentie verbonden.

De indicatoren voor 2020 werden aangepast, op duidelijk verzoek van de sector (S. Van Bodegom, persoonlijke communicatie, 6 december 2019). In 2020 gelden er nog slechts drie indicatoren (zie tabel 3): risicotaxatie (inclusief herhaalde metingen), continuïteit van zorg en ernst van de problematiek. Wel is de normering strenger geworden. Deze normering wordt jaarlijks bijgesteld op basis van de gemiddelde scores op de indicatoren van het voorgaande verslagjaar. Er wordt geen melding meer gemaakt van financiële consequenties verbonden aan het niet-naleven van (bepaalde) normeringen.

Tabel 3 Verplichte indicatoren in 2020 voor de diverse settings binnen Nederland

Indicator	Normering per setting				
	FPC	PPC	Klinische zorg overig	Ambulante behandeling	BW/ambulante begeleiding
1 Risicotaxatie: aanwezigheid van een geldige meting (afhankelijk van de meettermijnen per instrument)	80%	80%	70%	60%	
2 Continuïteit van zorg		X	X	X	X
3 Ernst van de problematiek	60%	60%	60%	60%	

n.v.t. = niet van toepassing

Daarnaast wordt de kwaliteit van zorg gegarandeerd via het inkopen van zorg, waarbij ook eisen worden geformuleerd. Voor de contractering van forensische zorg zijn voorwaarden en procedure(s) opgesteld. Justitiabelen kunnen in principe alleen geplaatst worden bij zorgaanbieders die een contract hebben afgesloten met het ministerie van Justitie en Veiligheid. Ieder jaar vindt een inkoopronde plaats waarin de behoefte voor de zorginkoop wordt geïnventariseerd. Gecontracteerde zorgaanbieders vallen onder de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg. De inkoopcontracten werden niet geraadpleegd, omdat deze variëren per instelling en jaarlijks aan verandering onderhevig zijn.

1.2 Forensische richtlijnen

Nederland kent – net zoals andere landen – additionele richtlijnen voor de forensische zorg. De belangrijkste documenten in dit verband zijn:

- Handboek Forensische Zorg (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019d);
- Zorgprogramma's;
- Beleidskader langdurige forensisch psychiatrische zorg (Ministerie van Justitie en Veiligheid).

Daarnaast beoogt men de kwaliteit en transparantie van forensische zorg te verbeteren via het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). Vanuit het KFZ wordt tweemaal per jaar een oproep gelanceerd ten aanzien van de instellingen om op basis van een concrete vraag/thema een projectvoorstel voor onderzoek in te dienen.

1.3 Beveiligingsniveaus

In Nederland wordt er een opdeling gemaakt op basis van het beveiligingsniveau, al spreekt men niet in termen van low, medium of high securityinstellingen. In het referentiekader wordt ook een opdeling gemaakt naargelang het niveau. Vier niveaus van beveiliging worden onderscheiden, van hoog naar laag:

- Beveiligingsniveau 4 – Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC)²
 - Patiënten die onder zeer hoge beveiliging moeten verblijven.
 - Gesloten setting met zeer geringe bewegingsvrijheid binnen het gebouw.
 - (Im)materiële beveiliging (aanvullend op niveau 1, 2 en 3) is: een dubbele ring bestaande uit metershoog penitentiaal hekwerk en een muur voorzien van detectie en cameraobservatie. De resocialisatie van patiënten gebeurt gefaseerd en onder begeleiding.
- Beveiligingsniveau 3 – Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) en Forensisch Verslavingskliniek (FVK)
 - Patiënten die voor langere tijd binnen de beveiligde ring dienen te verblijven.
 - Gesloten setting met geringe bewegingsvrijheid.
 - Volledig behandel- en recreatieaanbod beschikbaar binnen de beveiligde ring.
 - (Im)materiële beveiliging (aanvullend op niveau 1 en 2) kan inhouden dat er bij de in- en uitgang van de beveiligde ring een centrale post aanwezig is. Verder vinden regelmatig drugs- en kamercontroles plaats (zowel aangekondigd, op indicatie als onaangekondigd).
- Beveiligingsniveau 2 – Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), Forensische Verslavingsafdeling (FVA) en Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG+) of een andere behandelafdeling en de resocialisatieafdeling van een FPK of FVK of FPC.
 - Patiënten geplaatst in een instelling vallend in beveiligingsniveau 2 starten altijd op een gesloten afdeling.
 - Het aanbod van behandel- en therapiefaciliteiten van de instelling wordt deels buiten de besloten setting aangeboden (al dan niet onder begeleiding).
 - (Im)materiële beveiliging (aanvullend op niveau 1) omvat: continu of cameratoezicht op de afdelingen, registratie van de aan- en afwezigheid van patiënten, een gecontroleerde in- en uitgang. Verder wordt de doorplaatsing van patiënten gefaseerd vormgegeven.
- Beveiligingsniveau 1 – Besloten afdeling in reguliere GGZ-instelling of reguliere verslavingszorgafdeling of de resocialisatieafdeling van een FPA, FVA, FPK of FPC.
 - Een besloten setting waarbij de buitendeur voor patiënten permanent afgesloten is.
 - Binnen het gebouw kunnen patiënten zich vrij bewegen.
 - Het volledige aanbod van behandel- en therapiefaciliteiten van de instelling wordt buiten de besloten setting aangeboden.
 - De (im)materiële beveiliging bestaat uit onder andere een 24-uurspost, controle op de aan- en afwezigheid van patiënten en drugs- en kamercontroles die op indicatie en onaangekondigd plaatsvinden. De medewerkers zijn getraind in agressiebeheersing, gesprekstechnieken, vroegsignalering en risicomanagement.

² Longstay plaatsen vallen onder het FPC de Pompestichting.

2 Engeland³

2.1 Verplicht normenkader

De verplichte standaarden maken een onderscheid tussen high, medium en low security settings en werden ontwikkeld door de National Health Service (NHS; National Health Service, 2013; National Health Service, z.d.-b). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen kernstandaarden en ontwikkelingsstandaarden. Aan de kernstandaarden moet te allen tijde voldaan worden, de ontwikkelingsstandaarden hebben betrekking op veranderingen die ‘excellence’ mogelijk maken. De indicatoren worden opgesplitst in ‘klinische uitkomsten’, ‘patiëntgerichte uitkomsten’ en ‘structuur en processen’. De indicatoren voor medium en low security zijn quasi identiek, met uitzondering van het gevaarscriterium.

In de normen voor low en medium securityvoorzieningen wordt aandacht besteed aan een aantal subgroepen van forensisch psychiatrische patiënten: doven, patiënten met ontwikkelingsstoornissen (zoals verstandelijke beperking en autisme), patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, vrouwen en patiënten met genderproblematiek.

De financiering van de reguliere psychiatrische zorg verloopt via Payment by Results (PbR), nu ‘pricing and currency’ genoemd. Zorgpartners worden financieel vergoed voor het aantal patiënten dat ze behandelen waarbij rekening wordt gehouden met de diagnose en behandelnoten. Binnen de reguliere psychiatrie wordt hiervoor beroep gedaan op een instrument dat patiënten indeelt in één van de 21 clusters (Mental Health Clustering Tool). Dit instrument werd aangepast voor de forensische sector waarbij ook risicoprofielen en persoonlijkheidsstoornissen worden meegewogen. Deze forensische clusters zijn echter gebaseerd op de input van multidisciplinaire werkgroepen en zijn bijgevolg niet statistisch onderbouwd. De oorspronkelijke clusters van de MHCT hebben deze statistische onderbouwing wel (Gibbons & McCarthy, 2015). Het artikel van Gibbons dateert van 2015. Op dat moment was het financieringssysteem van toepassing op de acute ziekenhuissettings, en stond de uitbreiding hiervan naar de niet-forensische geestelijke gezondheidszorg op til. Het is niet duidelijk of dit financieringssysteem ondertussen ook voor de forensische geestelijke gezondheidszorg werd uitgerold.

2.2 Forensische richtlijnen

Naast de concrete verplichte standaarden, moeten de voorzieningen ook rekening houden met enkele andere (niet specifiek forensische) nationale standaarden, richtlijnen en wetgeving.

Specifiek voor de low en medium secure services werden richtlijnen ontwikkeld door de College Centre for Quality Improvement (CCQI) van de Royal College of Psychiatrists (RcPsych; ook wel het college genoemd; Quality Network for Forensic Mental Health Services, 2019). Voor elk criterium wordt het belang aangegeven in termen van essentieel (‘essential’, $n = 26$), verwacht (‘expected’, $n = 114$) of wenselijk (‘desirable’, $n = 3$). Essentieel houdt in dat een schending van deze norm een bedreiging vormt voor de veiligheid, rechten of waardigheid van de patiënt of dat het in strijd is met de wetgeving. Verwachte normen zouden door alle voorzieningen behaald moeten worden. Wenselijke normen zijn normen die een hoogkwalitatieve voorziening kenmerken. In de hiernavolgende referentienormen wordt enkel verwezen naar de essentiële normen van deze richtlijn. Voor een volledig overzicht wordt

3 Een residentiële opname in een forensisch psychiatrische setting is ook mogelijk zonder officiële veroordeling (‘unfit to stand trial’, gedwongen opnames).

verwezen naar het document van het Quality Network for Forensic Mental Health Services (2019; QNFMHS). De richtlijn is als volgt onderverdeeld:

- Opname en beoordeling (zeven criteria, waarvan geen essentiële criteria)
- Fysieke gezondheid (zes criteria, waarvan twee essentiële criteria)
 - De fysieke noden worden in kaart gebracht binnen 72 uur na opname en halfjaarlijks herbeoordeeld; frequenter indien nodig. Patiënten worden geïnformeerd over de resultaten en dit wordt tevens opgenomen in het patiëntendossier.
 - Een reanimatiekit is beschikbaar binnen drie minuten. De reanimatiekit wordt onderhouden, wekelijks nagekeken, en na elk gebruik.
- Behandeling en herstel (20 criteria, waarvan drie essentiële criteria)
 - Iedere patiënt heeft een zorgplan, dat een reflectie is van zijn/haar individuele noden, incl.:
 - een behandeling voor de fysieke en geestelijke gezondheid;
 - positieve gedragsondersteunende plannen;
 - criteria met betrekking tot vooruitgang;
 - afspraken met betrekking tot persoonlijke verzorging;
 - vermindering van (recidive)risico;
 - afspraken met betrekking tot veiligheid en beveiliging;
 - medicatiebeleid;
 - opvolging en aanpak van de fysieke gezondheid.
 - Patiënten hebben een CPA-meeting (of equivalent) binnen de eerste drie maanden na opname, en daarna minimaal elke zes maanden een herevaluatie.
 - Het verpleegkundig personeel (vaste en flexwerkers) moet als competent beoordeeld worden om medicatie te bedelen.
- Patiëntenervaring (17 criteria, waarvan één essentieel criterium)
 - Er moet keuze zijn in de maaltijden, de maaltijden moeten evenwichtig zijn en voldoen aan specifieke dieetregelingen en voldoende zijn (kwantiteit). Maaltijden moeten daarnaast gevarieerd zijn en rekening houden met culturele en religieuze noden.
- Familie, vrienden en bezoekers (11 criteria, waarvan geen essentiële criteria)
- Afdelingsomgeving (21 criteria, waarvan zeven essentiële criteria)
 - Er is een alarmknop/persoonlijk alarm voor alle personeelsleden, patiënten en bezoekers binnen de beveiligde perimeter.
 - Personeelsleden moeten ervoor zorgen dat er geen vertrouwelijke informatie zichtbaar of beschikbaar is voor anderen dan de teamleden.
 - De omgeving komt tegemoet aan de noden van personen met een fysieke beperking.
 - Er zijn duidelijke zichtlijnen die de persoonsleden in staat stellen de patiënten te observeren. Er worden maatregelen genomen om blinde vlekken aan te pakken en ervoor te zorgen dat zichtlijnen niet belemmerd worden.
 - Bemeubeling moet van die aard zijn dat het risico om ze te gebruiken als wapen, barrière of ankerpunt geminimaliseerd wordt.

- Slaapkamer- en badkamerdeuren moeten ontworpen zijn om gijzeling en blokkades te vermijden. Slaapkamers kunnen door patiënten zelf gesloten worden, maar personeel kan ze te alle tijde openen van buitenaf.
- Deuren van patiëntenkamers hebben een observatiepaneel met geïntegreerde verduistering. Deze kunnen bediend worden door de patiënten, maar ook personeel kan dit te allen tijde bedienen.
- Fysieke beveiliging (14 criteria, waarvan zes essentiële criteria)
 - De beveiligde perimeter is in overeenstemming met de specificaties voor het betreffende beveiligingsniveau, moet klimmen verhinderen en is gemakkelijk observeerbaar.
 - Ramen die deel uitmaken van de externe beveiligde perimeter zijn geïntegreerd in het metselwerk, kunnen niet verder openen dan 125mm en verhinderen het doorgeven van smokkelwaar.
 - Er zijn systemen om de toegang en uitgang te controleren via alle deuren en poorten die deel uitmaken van de beveiligde perimeter.
 - Bezoekers, personeel en patiënten hebben toegang via een luchtsluis.
 - Er is een beleid om ervoor te zorgen dat:
 - sleutels pas gegeven worden nadat een initiatie inzake veiligheid is voltooid;
 - sleutels alleen gegeven worden op vertoon van een geldig legitimatiebewijs;
 - een lijst met goedgekeurde sleutelhouders maandelijks wordt bijgewerkt om starters die hun introductietraining hebben voltooid en eventuele uitdiensttredingen aan te duiden.
 - Er vindt een individuele risicotaxatie en controle plaats van verboden, beperkte en voor patiënten toegankelijke zaken.
- Procedurele beveiliging (14 criteria, waarvan één essentieel criterium)
 - Een noodplan omvat:
 - de keten van operationele controle;
 - communicatie;
 - veiligheid en beveiliging van patiënten en personeel;
 - behoud van continuïteit van behandeling;
 - accommodatie;
 - tests (zowel live als via computer) waarbij minimum zesmaandelijks de reactie op alarmoproepen wordt getest.
- Relationale beveiliging (drie criteria, waarvan geen essentiële criteria)
- Bescherming (vier criteria, waarvan drie essentiële criteria)
 - Protocollen tussen agentschappen inzake de veiligheid van volwassenen en kinderen zijn gemakkelijk toegankelijk op de afdeling. Dit omvat lokale beveiligingsverantwoordelijkheden en -functies en een groeiende bezorgdheid indien de reactie op een beveiligingswaarschuwing als niet-adequaat wordt beschouwd.
 - Er is een lokale beveiligingsverantwoordelijke die advies kan geven en ervoor zorgt dat beveiligingsproblemen worden opgemerkt en opgelost in overeenstemming met het lokale beleid en externe vereisten van de 'safeguarding adults and children board'.
 - Personeelsleden moeten hun bezorgdheden kunnen uiten inzake de zorgstandaarden.
- Personeel (14 criteria, waarvan drie essentiële criteria)

- Nieuwe personeelsleden (vaste en flexwerkers) worden opgeleid en beoordeeld op basis van een aantal kerncompetenties.
- Personeelsleden krijgen trainingen die in lijn liggen met hun rol en professie. Dit wordt opgenomen in hun persoonlijk ontwikkelingsplan en wordt vernieuwd in overeenstemming met lokale richtlijnen. De training omvat:
 - wettelijk voorgeschreven en verplichte training;
 - opleidingen omtrent de wettelijke kaders;
 - fysieke gezondheidsbeoordeling;
 - drugs;
 - reanimatie.
- Het team gaat adequaat om met agressie en geweld.
- Beleid (12 criteria, waarvan geen essentiële criteria)

Bovenstaande criteria worden beoordeeld over een periode van twee jaar door zorgverleners van een andere instelling en een rapporteur van het QNFMHS. Low en medium security voorzieningen moeten lid zijn van dit netwerk en participeren aan het peer review proces, hoewel niet alle zorgverleners lid lijken te zijn (Aimola et al., 2016). Tijdens het eerste jaar gebeurt er een grondige evaluatie ('full review'). Zorgverleners vullen een uitgebreid zelfbeoordelingsdocument in. Ze geven zichzelf een score en becommentariëren elke standaard. Er worden tevens vragenlijsten bezorgd aan personeel, patiënten en diens informele netwerk (familie en vrienden). Een peer review team brengt vervolgens een bezoek aan de instelling om de informatie uit de zelfbeoordeling te valideren. Er wordt een verslag opgesteld voor de zorgverlener waarbij zowel good practices als uitdagingen/noodzakelijke verbeteringen worden aangekaart. In het daaropvolgende jaar vindt er een 'Quality Improvement' (QI) bezoek plaats ('Developmental QI Review'). Tijdens deze dag wordt een gesprek aangegaan over de gedane inspanningen en wordt expertise gedeeld om de zorg verder te optimaliseren. Er worden gesprekken gepland met directie, personeel, patiënten en diens netwerk. Naar aanleiding van deze resultaten wordt een voortgangsrapport opgesteld waarbij het initiële actieplan wordt beoordeeld en aanbevelingen worden gedaan voor verbeteringen met het oog op de volgende controle. De impact van deze peer review netwerken werd onderzocht met behulp van een cluster randomized controlled trial in low security voorzieningen (Aimola et al., 2018). Er werd geen impact geconstateerd op de kwaliteit van de fysieke omgeving, aantal incidenten, patiënttevredenheid en geestelijke gezondheid. Personeel voelde zich veiliger, maar daarnaast werd ook meer burn-out vastgesteld. Hiervoor werden verschillende verklaringen aangehaald, zoals onder meer het feit dat een follow-up van een één jaar mogelijk te kort is om positieve effecten te bewerkstelligen. Ook een groot patiënten-turnover en personeelsverloop zorgde mogelijk voor een vertekend beeld inzake veranderingen. Daarnaast stellen de auteurs dat het personeel mogelijk ook angstig waren over zo'n eerste review van hun werk door peers. Tot slot waren de teams niet verplicht om aan te tonen dat werkpunten werden aangepakt om bijvoorbeeld geaccrediteerd te worden. Mogelijk levert een accreditering gekoppeld aan standaarden meer stimulans op.

Eén van de verplichte indicatoren voor low en medium securityvoorzieningen betreft het gegeven dat instellingen zich dienen te houden aan de standaarden van de Royal College of Psychiatry Quality Network Standards for Forensic Care. Dit betreft de richtlijn zoals hierboven beschreven. Hiermee krijgt deze richtlijnen onzes inziens een eerder dwingend karakter.

Andere (forensische) richtlijnen betreffen:

- Infrastructurele aspecten voor medium securityvoorzieningen, de ‘environmental design guide’ (Department of Health, 2011; cf. infra), en voor high security voorzieningen, de ‘high secure building design guide’ (National Health Service, 2010; cf. infra);
- Gids met betrekking tot de relationele veiligheid (binnen de drie beveiligingsniveaus), de ‘See Think Act’ (Quality Network for Forensic Mental Health Services, 2015; cf. infra). Een Nederlandstalige versie van de See Think Act werd voorzien in samenwerking met het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP);
- Richtlijnen met betrekking tot de behandeling van de National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Deze richtlijnen zijn niet specifiek forensisch.

2.3 Beveiligingsniveaus

Forensische voorzieningen zijn georganiseerd op basis van beveiligingsniveau en worden uitgbaat door de NHS of door private instellingen. Zowel forensische patiënten als gedwongen opgenomen patiënten worden hier behandeld. Er bestaan vijf zorgpaden (‘care pathways’), namelijk voor personen met een (1) psychische stoornis, (2) persoonlijkheidsstoornis, (3) doven, (4) personen met een verstandelijke beperking en vrouwen. Zorgpaden bestaan uit vijf fases: verwijzing, beoordeling en intake, opname, forensisch zorgtraject en doorstroom. Dit stemt overeen met de opbouw van het Belgische normenkader. Vooruitgang en doorstroom worden beoordeeld op basis van de volgende criteria (National Health Service, z.d.-b):

- Aard en ernst van de psychische stoornis en het verband met risico;
- Risico ten aanzien van anderen;
- Mate van nood aan zorg en supervisie;
- Nood aan gespecialiseerde diensten of zorgverleners;
- Nood aan delictgerelateerde therapie;
- Mate van betrokkenheid bij de behandeling/zorgplan;
- Mate van betrokkenheid bij gestructureerde en betekenisvolle activiteiten;
- Stoornissen in het gebruik van drugs of alcohol.

De volgende opname- en exclusiecriteria worden geformuleerd met betrekking tot de drie beveiligingsniveaus:

- High security: Wanneer er een zeer ernstig (‘grave’) en onmiddellijk gevaar is voor de maatschappij en wanneer er geen ontvluchting mag plaatsvinden.
 - Opnamecriteria:
 - Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis waarvoor een ziekenhuisopname volgens de Mental Health Act genoodzaakt is.
 - Er is risico op schade ten aanzien van anderen waarvoor residentiële zorg, gespecialiseerde risicomanagementprocedures en gespecialiseerde behandelinterventies nodig zijn.

- Gedetineerden die in aanmerking komen voor transfer zijn doorgaans aangeklaagd of veroordeeld voor gewelddadige of seksuele delicten zoals gedefinieerd in Schedule 15 van de Criminal Justice Act 2003, of andere ernstige delicten zoals brandstichting.
- Patiënten zonder een hangende aanklacht voor delicten, wanneer er bewijs is dat ze een risico zijn voor anderen vanwege hun psychiatrische stoornis. Doorgaans zal er sprake zijn van een patroon van geweld en escalerende bedreigingen.
- Personen die door het Ministerie van Justitie verwezen worden naar high security.
- Exclusiecriteria:
 - Patiënten die geen zeer ernstig ('grave') en onmiddellijk gevaar zijn voor de maatschappij.
 - Het risico met name op zichzelf gericht is en niet naar anderen. Er kan een uitzondering gemaakt worden voor personen met lange gevangenisstraffen voor niet-gewelddadige of niet-seksuele delicten, die vanwege het risico op ontvluchting of vanwege de beslissing van het Ministerie van Justitie niet naar een niet-beveiligde setting georiënteerd kunnen worden.
 - Patiënten met een ernstige verstandelijke beperking (non-verbaal) en die gevaarlijk gedrag stellen. Zij kunnen doorgaans in een lager beveiligde voorziening opgenomen worden.
- Medium security⁴: Wanneer er een ernstig ('serious') gevaar is voor anderen en wanneer ontvluchting vermeden moet worden.
 - Opnamecriteria:
 - Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis waarvoor een ziekenhuisopname volgens de Mental Health Act genoodzaakt is.
 - Er is een ernstig risico op schade ten aanzien van anderen waarvoor gespecialiseerde risicomanagementprocedures nodig zijn.
 - Gedetineerden die in aanmerking komen voor transfer zijn doorgaans aangeklaagd of veroordeeld voor gewelddadige of seksuele delicten zoals gedefinieerd in Schedule 15 van de Criminal Justice Act 2003, of andere ernstige delicten zoals brandstichting.
 - Patiënten zonder een hangende aanklacht voor delicten, wanneer er bewijs is dat ze een ernstig risico zijn voor anderen vanwege hun psychiatrische stoornis. Doorgaans zal er sprake zijn van een patroon van geweld en escalerende bedreigingen.
 - Er is een mogelijkheid om te verbeteren door de voorziene behandeling, inclusief het vermijden van achteruitgang.
 - De persoon kan niet veilig gehandhaafd worden in een minder beveiligde of niet-beveiligde setting.
 - Het risico op ontvluchting kan niet gemanaged worden in een low security setting.
 - Personen die door het Ministerie van Justitie verwezen worden naar medium security setting.

4 Er bestaan ook 'enhanced' medium security voorzieningen voor vrouwen die nood hebben aan verhoogde niveaus van interventie en behandeling en voor wie de huidige medium security voorzieningen niet geschikt zijn (Völlm et al., 2017).

- Exclusiecriteria:
 - Patiënten die een zeer ernstig ('grave') en onmiddellijk gevaar zijn voor de maatschappij en wiens risico op schade tegen anderen of ontvluchtingsgevaar niet gemanaged kan worden in een medium security setting.
 - Patiënten waarbij er een significant risico bestaat, maar niet ernstig genoeg voor opname in een medium security setting. Deze moeten verwezen worden naar een low security setting.
 - Personen die onaangepast of uitdagend ('challenging') gedrag laten zien, maar enkel tijdens kortdurende episodes van hun psychiatrische stoornis. Deze personen kunnen beter verwezen worden naar lokale reguliere psychiatrische zorg, zoals 'Psychiatric Intensive Care Units' (PICUs)⁵.
 - Het risico is met name op zichzelf gericht en niet naar anderen.
 - Een uitzondering kan gemaakt worden voor gedetineerden met een lange gevangenisstraf voor niet-gewelddadige of niet-seksuele delicten die niet getransfereerd kunnen worden naar een low security of niet-beveiligde setting vanwege hun ontsnappingsgevaar of vanwege een verwijzing door het Ministerie van Justitie.
- Low security: Wanneer er een significant gevaar is voor anderen en waarbij ontvluchting belemmerd moet worden.
 - Opnamecriteria:
 - Aanwezigheid van een psychiatrische stoornis waarvoor een ziekenhuisopname volgens de Mental Health Act genoodzaakt is.
 - Er is een significant risico op schade ten aanzien van anderen waarvoor gespecialiseerde risicomangementprocedures nodig zijn
 - Gedetineerden die in aanmerking komen voor transfer zijn doorgaans aangeklaagd of veroordeeld voor gewelddadige of seksuele delicten zoals gedefinieerd in Schedule 15 van de Criminal Justice Act 2003, of andere ernstige delicten zoals brandstichting.
 - Patiënten zonder een hangende aanklacht voor delicten, wanneer er bewijs is dat ze een ernstig risico zijn voor anderen vanwege hun psychiatrische stoornis. Doorgaans zal er sprake zijn van een patroon van geweld en escalerende bedreigingen.
 - Er is een mogelijkheid om te verbeteren door de voorziene behandeling, inclusief het vermijden van achteruitgang.
 - Persoon kan niet veilig gehandhaafd worden in een niet-beveiligde setting.
 - Er bestaat een mogelijk risico op ontvluchting.
 - Personen die door het Ministerie van Justitie verwezen worden naar low security.
 - Exclusiecriteria:
 - Patiënten die een zeer ernstig ('grave') en onmiddellijk gevaar zijn voor de maatschappij en gemanaged moeten worden in een high of medium security setting.
 - Personen die onaangepast of uitdagend ('challenging') gedrag laten zien, maar enkel tijdens kortdurende episodes van hun psychiatrische stoornis. Deze personen kunnen

5 PICU is een gesloten laag beveiligde afdeling in de reguliere psychiatrie (acute, kortetermijnzorg), geen hekwerk, geen (lucht)sluis/sas.

beter verwezen worden naar lokale reguliere psychiatrische zorg, zoals 'Psychiatric Intensive Care Units' (PICUs).

- Het risico is met name op zichzelf gericht en niet naar anderen. Er kan een uitzondering gemaakt worden voor personen met lange gevangenisstraffen voor niet-gewelddadige of niet-seksuele delicten, die vanwege het risico op ontvluchting of vanwege de beslissing van het Ministerie van Justitie niet naar een niet-beveiligde setting georiënteerd kunnen worden.

Aimola et al. (2016) ontwikkelden een instrument (Quality of Environment in Low secure Services (QELS); Aimola et al., 2016) om de fysieke omgeving en faciliteiten binnen een laag beveiligde setting te beoordelen ten aanzien van onderstaande 10 nationale (UK) standaarden:

- Perimeter (hekhoogte van drie meter, klimmen verhinderen, type hekwerk);
- Bezoekersruimte (niet nabij patiëntenruimtes, inrichting, speelgoed, grootte);
- Toegang via luchtsluis;
- Suïcidepreventie via infrastructuur;
- Gebedsruimte (beschikbaarheid, grootte, locatie, bronnen van verschillende geloofsovertuigingen);
- Afzonderingsruimte (beschikbaarheid, infrastructurele anti-suïcidemaatregelen, toilet, bemeubeling);
- Time-out ruimte;
- Veiligheid patiëntenkamer (suïcidebestendig, deur kan door personeel geopend worden, deur draait langs beide richtingen);
- Faciliteiten voor vrije tijd (pooltafel, spellen, boeken/tijdschriften, fitnessmateriaal, muziek/film);
- Werkgerelateerde faciliteiten.

3 Schotland

3.1 Verplicht normenkader

De standaarden werden ontwikkeld door een multidisciplinaire expertengroep, 'the Forensic Network' (Care Standards Working Group, 2005, 2006a, 2006b). Net zoals in Engeland, wordt ook hier verwezen naar andere, niet specifiek forensische, standaarden. Bijvoorbeeld, standaarden voor schizofrenie en opname in de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Relevante documenten zijn te vinden op de website van the Forensic Network.

In Schotland wordt een onderscheid gemaakt tussen low, medium en high security voorzieningen op basis van de 'Matrix of Security' (Care Standards Working Group, 2005), hoewel dit geen verplichtend juridisch document is. Het model is gebaseerd op het model van Kennedy (2002) en de SNAP (Collins, Davies, & Ashwell, 2007) inzake fysieke, procedurele en relationele beveiliging (cf. infra). Aspecten die worden opgenomen in de Matrix of Security zijn:

- Met betrekking tot materiële beveiliging:
 - Vormgeving en constructie:
 - Perimeter;
 - Toegangscontrole;
 - Vormgeving van het gebouw in functie van het vermijden van ontsnapping;
 - Beveiliging van deuren en ramen;
 - Bemeubeling.
 - Benodigdheden:
 - Röntgenscan/metaaldetectie/puffermachine;
 - Persoonlijk alarm;
 - Fysieke vrijheidsbeperkingen;
 - Observatie van het domein (CCTV);
 - Beschikbaarheid van een bijkomende beveiligde ruimte voor patiënten met gedragsstoornissen.
- Met betrekking tot procedurele beveiliging:
 - Controle van communicatie
 - Telefoongesprekken door patiënten;
 - Brieven van patiënten;
 - E-mail van patiënten/toegang tot internet;
 - Communicatie tussen personeel.
 - Controle van items
 - Verboden zaken of zaken met beperkingen
 - Fouilleren van patiënten;
 - Fouilleren van bezoekers, officiële bezoekers, personeel;
 - Toegang tot drugs/drugsscreening;
 - Toegang tot alcohol/alcoholscreening;
 - Toegang tot pornografisch materiaal en/of materiaal waarin geweld voorkomt.
 - Benodigdheden voor dagelijks gebruik
 - Bestek;
 - Benodigdheden voor ergotherapie (bijvoorbeeld keukenmateriaal);
 - Materiaal om vuur mee te maken (bijvoorbeeld aanstekers).
 - Geld en andere bezittingen van waarde
 - Toegang tot bezittingen;
 - Toegang tot geld/zaken van waarde.

- Controle van personen
 - Bezoekers
 - Identiteitskaart bezoekers
 - Minderjarige bezoekers
 - Beleid inzake bezoek door minderjarigen;
 - Procedures inzake bezoek.
 - Interne bewegingen
 - Patiënten;
 - Bezoeker/officialle bezoekers;
 - Personeel;
 - Beschikbaarheid van recreatie/therapieën.
 - Afwezigheid van patiënten
 - Vrijhedenbeleid;
 - Uitzonderlijke uitgang (bijvoorbeeld voor een zitting voor de rechtbank);
 - Preventie en management van ontvluchting;
 - Preventie en management of escape.
- Beleid, procedures en nood- en interventieplanning

Relationele beveiliging wordt niet meegenomen in het model omdat het volgens de werkgroep niet discrimineert tussen de verschillende beveiligingsniveaus, met uitzondering van de personeelsbezetting. Met andere woorden, dezelfde mate van relationele beveiliging moet beschikbaar zijn in alle niveaus van beveiliging. De eerste drie standaarden hebben betrekken op relationele beveiliging, maar deze gelden dus overkoepelend voor alle beveiligingsniveaus. De overige standaarden betreffen fysieke en procedurele beveiliging en zijn wel specifiek per beveiligingsniveau, hoewel er veel overlap is.⁶ In het algemeen wordt er in de standaarden voor low security minder gesproken over fysieke veiligheidsmaatregelen maar ligt de nadruk op procedurele beveiliging. Voor de high securityvoorzieningen gelden er dan weer extra fysieke veiligheidsmaatregelen ten opzichte van medium securityvoorzieningen. De standaarden betreffen volgende thema's:

- Beoordeling en zorgplan;
- Beschikbaarheid van algemene en specialistische behandelingen, interventies en ondersteuning bij herstel;
- Team, vaardigheden, personeelsbezetting;
- Detentie (vermijden van ontvluchting);
- Verloven;
- Agressiemanagement;
- Verboden zaken;
- Zaken waarop beperkingen gelden;

6 Wanneer er in de tekst niet expliciet wordt vermeld naar low, medium of high security voorzieningen, betekent dit dat het criterium geldt voor de drie beveiligingsniveaus.

- Communicatietechnologie (enkel voor medium en high);
- Beweging van personeel;
- Noodplannen.

Specifiek voor de medium securityvoorzieningen werd een hoofdstuk opgenomen omtrent infrastructuure aspecten. Deze vormen, voor zover kon nagegaan worden, geen onderdeel van de verplichte standaarden.

3.2 Forensische richtlijnen

- Matrix of security, over de definiëring van de drie beveiligingsniveaus (Crichton, 2004)
- Guidance on patient referral to or within Scottish high and medium secure services (Forensic Network, 2019)
- Drug testing for restricted patients (Forensic Network, 2015).
- Richtlijnen van de Risk Management Authority (o.a. Risk Management Authority, 2018):
 - Framework for Risk Assessment, Management and Evaluation: FRAME (Risk Management Authority, 2011);
 - Standards & guidelines for risk assessment report writing (Risk Management Authority, 2018);
 - Standards & guidelines for risk management (Risk Management Authority, 2016).

De laatste twee documenten met betrekking tot risicotaxatie- en management hebben specifiek betrekking op personen die in aanmerking komen voor/met een 'Order for Lifelong Restriction'. Deze maatregel heeft betrekking op hoog risico gewelddadige en seksueel delinquenten, die in het geval van zo'n order onder levenslange supervisie staan. FRAME is van toepassing op een bredere daderpopulatie, delicten en settings.

3.3 Beveiligingsniveaus

- High security
 - Hoog risico op opportunistische ontsnappingspogingen, maar ook mogelijkheden en motivatie voor een geplande, gesofisticeerde en goed voorbereide ontsnappingspoging met hulp van buitenaf.
 - Mogelijk een ernstig en onmiddellijk gevaar voor de maatschappij.
- Medium security
 - Hoog risico op opportunistische ontsnappingspogingen. Geplande ontsnappingen zijn minder waarschijnlijk.
 - Geen ernstig en onmiddellijk gevaar voor de maatschappij.
 - Gesofisticeerde en ondersteuning bij ontsnappingspogingen zijn onwaarschijnlijk.

- Low security
 - Beperkt risico op opportunistische ontsnappingspogingen. Geplande ontsnappingen zijn onwaarschijnlijk.
 - Geen ernstig of onmiddellijk gevaar voor de maatschappij. Dit betekent niet dat er geen impulsieve acties kunnen plaatsvinden, maar deze zijn beheersbaar met behulp van de procedurele veiligheidsmaatregelen binnen de setting.

4 Ierland

Voor Ierland gelden dezelfde richtlijnen (Quality Network for Forensic Mental Health Services, 2019) als binnen Engeland (C. O'Neill, persoonlijke communicatie, 12 augustus 2019). Ook zij nemen deel aan het peer review proces door QNFMHS.

5 Australië

De gevonden nationale standaarden dateren van 2006 en includeren 13 normen (Mental Health Standing Committee, 2006). Dit normenkader is toepasbaar op een bredere forensische populatie waaronder ook personen zonder justitieel statuut die een gevaar zijn voor hun zorgverleners of de maatschappij en bijgevolg gespecialiseerde forensische zorg nodig hebben. Het is onduidelijk of deze richtlijnen verplicht zijn, of dat er ondertussen meer recente richtlijnen beschikbaar zijn gesteld.

Eén van de standaarden is dat idiosyncratische praktijken vermeden moeten worden via het instellen van accreditering ten aanzien van nationale standaarden, externe en peer review.

6 Italië

Aanvankelijk waren er in Italië zes forensisch psychiatrische ziekenhuizen, die tezamen ongeveer 1000 patiënten behandelden. Vanwege de ondermaatse kwaliteit van de meeste (5/6) van deze instellingen, besloot de overheid om deze progressief af te bouwen om uiteindelijk over te gaan tot de sluiting. Patiënten werden – indien verantwoord – ontslagen naar ambulante diensten. Voor de patiënten waarvoor nog beveiligingsmaatregelen nodig waren, werden in alle 20 regio's kleinschalige residentiële voorzieningen gebouwd (met maximaal 20 patiënten per voorziening), genaamd REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza; Barbui & Saraceno, 2015; Di Lorito, Castelletti, Tripi, et al., 2017). Deze REMS gelijken op therapeutische gemeenschappen maar met meer beveiliging en zijn bedoeld als overgangsetting naar de maatschappij. De lengte van de forensisch psychiatrische opname is overigens beperkt tot duur van de gevangenisstraf die ze zouden hebben gekregen indien ze toerekeningsvatbaar waren geweest. In 2019 waren er 30 afdelingen operationeel (Ferracuti et al., 2019). In totaal was er in 2019 een beddenreductie van 40% ten opzichte van het oude systeem. De hoofddoelstellingen zijn wettelijk bepaald: veiligheidsmaatregelen, geïndividualiseerde zorg, herstel in de maatschappij en kleinschaligheid. De REMS vallen onder volksgezondheid. In 2017 was er nog geen systematisch toezicht op de afdelingen (Di Lorito, Castelletti, Lega, et al., 2017). Voorlopig zijn er nog geen studies beschikbaar die de effectiviteit van dit model – waarbij de nadruk ligt op herstel – onderzochten.

Hoofdstuk 3

Bevindingen

1 In geval van een beknopt voorlichtingsrapport of maatschappelijke enquête (JA) of een adviesvraag van een verwijzer

De voorziening geeft schriftelijk aan of een aangepaste begeleiding of behandeling in het kader van de beoogde voorwaarden al dan niet overwogen kan worden. Als dit niet geboden kan worden binnen de eigen voorziening, geeft de voorziening een advies voor een mogelijk alternatief binnen het eigen of een ander netwerk internering/netwerk GGZ. De voorziening informeert de betrokken verwijzer binnen de termijn dat hij/zij het advies in voorkomend geval moet overmaken aan de gerechtelijke overheid.

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

2 Zorgtraject

2.1 Intake (voor beslissing opname)

- Geldig voor zover geen opnameplicht: De ontvangende instantie gaat na of er een screening uitgevoerd is en ondersteunt hierin waar nodig. In de screening wordt aandacht besteed aan de bescherming van de maatschappij en het beveiligingsniveau.

- Literatuur

Uit onderzoek blijkt dat patiënten vaak in een te hoog beveiligingsniveau zijn opgenomen (McClean, 2010) en dat empirisch onderbouwde risicofactoren nauwelijks een rol spelen bij bepalingen omtrent beveiligingsniveaus of transities doorheen de verschillende forensische voorzieningen (Côté, Crocker, Nicholls, & Seto, 2012). Dit is in strijd met het eerste Risk-Need-Responsivity principe (cf. infra) dat stelt dat de behandeling moet aansluiten bij het recidiverisico (Andrews & Bonta, 2010). Naast risicotaxatie-instrumenten zijn er echter maar weinig instrumenten voorhanden die aanvullend gebruikt kunnen worden om het beveiligingsniveau en de transfer tussen verschillende niveaus te bepalen. Drie empirisch gevalideerde instrumenten lijken veelbelovend in dit verband: de Security Needs Assessment Profile (SNAP; Collins et al., 2007), de Health of the Nations Outcome Scale-Secure (HoNOS-Secure; Royal College of Psychiatrists, 2013) en de Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual V1.0.30 (DUNDRUM; Kennedy et al., 2016; Nederlandse vertaling: Jeandarme, Habets, & Pouls, 2018). De individuele beveiligingsnood van de patiënt kan bepaald worden aan de hand van de DUNDRUM-1. Deze bestaat uit 11 triage beveiligingsitems die voorafgaand aan opname gescoord worden met behulp van een 5-puntsschaal. Het instrument volgt de methode van het gestructureerd klinisch oordeel.

In diverse landen wordt een opsplitsing gemaakt met betrekking tot beveiligingsniveaus, doorgaans low, medium en high security (cf. supra). McClean (2010) suggereert dat patiënten waarbij de beveiligingsnood zich situeren op vlak van relationele beveiliging eerder dan fysieke beveiliging mogelijk ook binnen een low secure setting behandeld kunnen worden. Aimola et al. (2016) stellen dat low security voorzieningen met name fungeren als tussenstap

voor patiënten die een medium of high security traject hebben voltooid, maar waarbij het risico te hoog is voor doorstroom naar reguliere voorzieningen. Ook Kennedy (2002) maakt in zijn invloedrijke artikel een onderscheid in diverse beveiligingsniveaus op basis van de gevaarlijkheid (gemeten op basis van de ernst van geweld, dringendheid, specifieke forensische noden, ontvluchtingsrisico en publieke vertrouwenskwesaties). Deze criteria vormden de basis voor de ontwikkeling van de DUNDRUM.

o Best practices

In Nederland voert het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, werkeenhed Indiciestelling Forensische Zorg (NIFP/IFZ) indicatiestellingen uit voor alle klinische zorg en voor verblijfszorg na klinisch verblijf. Doel van de indicatiestelling is om passende zorg te realiseren op de voor betrokkene juiste plek. De aanmelding geschiedt als de aanmelder grond heeft om aan te nemen dat klinische behandeling binnen het justitieel kader nodig is of als dit door een rechter is opgelegd. De indicatiestelling gebeurt op basis van een aantal criteria: geslacht, diagnostische informatie, aard van de zorgvraag (diagnostiek of behandeling), verblijfssoort (combinatie beveiligingsniveau en verblijfsintensiteit), leefomgeving van de persoon (arrondissement) (Ministerie van Justitie en Veiligheid; Schaftenaar, van Otheusden, Stams, & Baart, 2018). Er wordt dus gekeken naar zowel de zorgbehoefte van de persoon, als naar het noodzakelijke beveiligingsniveau. Doel van de indicatiestelling is om passende zorg te realiseren op de voor betrokkene juiste plek. De reclassering voert de indicatiestelling uit voor alle ambulante zorg en verblijfszorg in voorwaardelijke trajecten, met uitzondering van beschermd wonen aansluitend aan een eerder geïndiceerde klinische plaatsing door NIFP (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019d).

Patiënten binnen Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg (LFPZ) verblijven in beveiligingsniveau 4 (FPC)⁷. Aanvankelijk werd er een opsplitsing gemaakt tussen verschillende zorg- en beveiligingsniveaus. Het onderscheid in zorgniveaus bleek in de praktijk echter moeilijk vast te stellen, waardoor dit in het recente beleidskader LFPZ opgeheven werd. De differentiatie in beveiligingsniveaus (laag, midden en hoog) blijft wel gehandhaafd. Deze interne beveiligingsniveaus verwijzen naar de bewegingsvrijheid en worden bepaald door een onafhankelijk adviescollege (Landelijke Adviescollege Plaatsing Langdurige Forensische Zorg; LAP) bepaald (P. Braun, persoonlijke communicatie, 29 januari 2020). Ze zijn van belang voor de toekenning van verloven. Zo komen tbs-gestelden met een ‘midden’ en ‘hoog’ beveiligingsniveau niet in aanmerking voor verlof. Het nodige (interne) beveiligingsniveau binnen LFPZ wordt bepaald door het LAP. Plaatsingscriteria voor LFPZ zijn de volgende (Ministerie van Justitie en Veiligheid):

- Er bestaat een risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict (een delict waarvoor voorlopige hechtenis kan worden bevolen) pleegt. Dit risico voor fysieke of psychische schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd. Het risico blijkt uit een recente risicotaxatie (niet ouder dan een jaar).
- Beveiliging naast eventuele zorg is nodig om te voorkomen dat de tbs-gestelde tot het onder 1 genoemde delict komt.
- Het delict risico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten beveiliging en toezicht kan.

⁷ Dit gaat over de mate van materiële beveiliging (P. Braun, persoonlijke communicatie, 29 januari 2020).

- De tbs-gestelde heeft conform state of the art alle behandelingsmogelijkheden ondergaan⁸, bij voorkeur in twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar.

Hoewel de focus binnen LFPZ ligt op stabilisatie van de psychiatrische stoornis en verbetering van de kwaliteit van leven, heeft elke LPFZ tbs-gestelde een behandelplan. Ook resocialisatie wordt niet per definitie uitgesloten.

Sinds 1 januari 2019 is de Wet forensische zorg (Wfz) van kracht. Deze geldt naast de wet die de tbs regelt (Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden; BVT), en regelt dus andere (forensische maatregelen). De Wfz gaat over alle vormen van forensische zorg (ambulant en klinisch, begeleiding en behandeling) en moet ervoor zorgen dat patiënten op de juiste plek terecht komen en de juiste zorg krijgen. Daarnaast wordt de aansluiting tussen het strafstelsel (bijvoorbeeld gevangenisstraf) en de GGZ-zorg verbeterd. In de Wfz is een opnameplicht opgenomen voor gecontracteerde zorgaanbieders. De weigering van patiënten is alleen mogelijk indien het niet past binnen de plaatsingsafspraken of vanwege een aantal contra-indicaties⁹.

In de verplichte standaarden van Engeland (low, medium en high security) wordt gesteld dat de beslissing tot opname gebaseerd moet zijn op een uitgebreide risicotaxatie en een uitvoerige inschatting over hoe de geïdentificeerde risico's gemanaged kunnen worden in het ziekenhuis.

Met betrekking tot de high securityvoorzieningen in Engeland is het opnameproces zeer specifiek geregeld, waarbij er tevens tijdsperiodes geïndiceerd zijn. Bijvoorbeeld: een beoordeling gebeurt binnen 21 dagen, een doorverwijzing naar een opnameteam binnen 14 dagen na de beoordeling, ... Zeer concreet wordt er ook gesteld dat, indien de patiënt in aanmerking komt voor opname, dit moet geschieden binnen 24 weken na de beoordeling. Bij een afwijzing moet er geadviseerd worden over toekomstige zorg en management in de setting waar de patiënt op dat moment verblijft. Het verslag omvat: demografische gegevens, huidige klinische presentatie, huidige risico's, zorg- en behandelnoten, aanbeveling met betrekking tot de minst restrictieve setting, voorstel voor zorg- en behandelplan en een aanbeveling voor het opnameteam.

In Engeland is er tevens een Access Assessment Service, die aanbevelingen doet over de meest geschikte residentiële plaatsing op basis van een inschatting van de zorg-, behandel- en beveiligingsnoten. Ze moeten onder andere gebruik maken van erkende gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. Meer informatie is terug te vinden in het normenkader (National Health Service, z.d.-b; p. 28-33). Twee van de indicatoren voor low en medium security-afdelingen hebben betrekking op deze Access Assessment Service. Zo moeten de instellingen het percentage van dringende en niet-dringende access assessments uitgevoerd binnen de vooropgestelde termijn aangeven.

⁸ Hiermee wordt bedoeld op algemeen geldende behandelrichtlijnen voor psychiaters zoals overeengekomen tussen de organisaties van professionals (i.c. psychiaters) en de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg.

⁹ Justitiabele komt niet uit de regio van de zorgaanbieder; justitiabele is illegaal; justitiabele heeft geen identiteitsbewijs; justitiabele is niet gemotiveerd voor behandeling; justitiabele ontkent het indexdelict; het juridisch kader/de duur van de maatregel biedt geen mogelijkheden voor behandeling.

In Schotland dient er voor opname in een low securityvoorziening een risicotaxatie te gebeuren waarbij er rekening wordt gehouden met de kans op ontvluchting en compliance-problemen.

In Zweden bepaalt de senior consulterende psychiater welk niveau van beveiliging nodig is voor elke patiënt (Svennerlind et al., 2010).

In Ierland wordt gebruik gemaakt van de DUNDRUM om zowel de geschikte opnamesetting te bepalen, als het geschikte transfermoment tijdens behandeling (O'Neill et al., 2016). Dit is echter geen verplicht te gebruiken instrument.

In het Australische referentiekader wordt gesteld dat de behandeling en zorg moet geschieden in een omgeving die overeenstemt met de individuele behandel- en rehabilitatienoden en de nood aan bescherming van de maatschappij.

- Geldig voor zo ver geen opnameplicht: Indien aangewezen inreach/voortraject binnen de setting waar patiënt verblijft bij aanmelding, waarbij gewerkt wordt aan de motivatie van de patiënt.

- Literatuur

In de studie van McCarthy en Duggan (2010) werd er meer drop-out gevonden bij patiënten die werden opgenomen vanuit een detentiesetting dan vanuit een ziekenhuissetting. Ze verklaren dit door een verschil in interne 'readiness' voor behandeling. In dat geval lijkt motivatiebevordering en/of pretherapie een belangrijke voorwaarde voor een succesvolle behandeling.

Fuller, Tapp en Draycott (2019) vonden een positief verband tussen delictgerelateerd schuldgevoel en motivatie/bereidheid voor behandeling.

- Best practices

In Engeland worden een aantal verplichte criteria gesteld vóór opname in een high security-instelling:

- Informatie geven aan de verwijzer voor de persoon die zal worden opgenomen;
- Verbale of schriftelijke feedback ten aanzien van de patiënt over de assessment en de eerstvolgende stappen;
- 'Buddy' systeem om indien mogelijk vooraf contact te hebben met de patiënt;
- Identificeren van de eerste therapeutische doelen;
- Identificeren van noden op vlak van fysieke gezondheid op basis van relevante somatische verslaggeving;
- Opmaken van een initieel zorgplan bij aanvang van de opname. Het zorgplan moet individuspecifiek, gendersensitief en herstelgericht zijn en zowel gezondheidsnoden als risico's bevatten. Zorg moet focussen op uitkomstgebieden als beschreven in het document 'My outcomes, plans and progress' van 'my shared pathway'.
- Identificeren van 'Payment by Results' (PbR) cluster ¹⁰;
- Verzamelen van gegevens omtrent medische voorgeschiedenis;
- Met betrekking tot D/doven:

¹⁰ De laatste richtlijnen inzake PbR die teruggevonden konden worden dateren van 2013-2014, waarbij forensische diensten worden geëxcludeerd. Het is dus vooralsnog onduidelijk of PbR effectief is uitgerold voor forensische sector.

- De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat doven (zowel cultureel doof als doof vanuit medisch perspectief) steeds verwezen worden naar het Rampton ziekenhuis.
- De beoordeling gebeurt volgens de meest recente taalevaluatie (inclusief communicatiebarrières). Op basis van deze beoordeling wordt communicatie- en gehoorondersteuning georganiseerd.
- Een korte beoordeling van de communicatie wordt uitgevoerd door het personeel in het Rampton ziekenhuis op het moment van de eerste beoordeling. Na opname wordt een meer formele communicatiebeoordeling uitgevoerd door de logopedist en een ondersteuningsmedewerker, inclusief het gebruik van video-opnames van de patiënt. Er wordt ook een audiometrie-onderzoek uitgevoerd.
- Er zullen voorbereidingen worden getroffen om ervoor te zorgen dat de patiënt wordt opgenomen op de juiste afdeling (D/doven). Na de eerste beoordeling zal het klinische team beslissen of opname tot de afdeling (D/doven) de meest geschikte plaats is.
- Met betrekking tot personen met een verstandelijke beperking:
 - De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat patiënten met een verstandelijke beperking steeds verwezen worden naar het Rampton ziekenhuis.
 - De verwijzer kan de verstandelijk beperking aantonen op basis van een beoordeling door zowel een gekwalificeerde psychiater als een gekwalificeerde psycholoog.
 - Er moet sprake zijn van beperkingen in zowel het verstandelijk als het adaptieve functioneren
 - De verwijzer geeft aan wat de communicatie- en andere noden voor opname zijn die een succesvolle doorstroom naar de high securityinstelling mogelijk maken.
 - Na de beslissing tot opname wordt een beoordeling en beschrijving van extra vereisten voor de doorstroom opgenomen in het zorgplan.
- Met betrekking tot vrouwen:
 - De zorgaanbieder moet ervoor zorgen dat vrouwelijke patiënten steeds verwezen worden naar het Rampton ziekenhuis.
 - Een geschikt team dat instaat voor de beoordeling wordt aangewezen en het meest geschikte klinische traject binnen de high securityvoorziening wordt uitgewerkt.
 - Idealiter wordt een geschikt veiligheidsplan voor de eerste 72 uur uitgewerkt.
- Geldig voor zover geen opnameplicht: De voorziening geeft schriftelijk aan de JA, de bevoegde justitiële instantie of een andere bevoegde verwijzer aan of een aangepaste begeleiding of behandeling in het kader van de justitiële voorwaarden al dan niet aanvaard wordt.
 - Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.
- Geldig voor zover geen opnameplicht: Indien deze niet aanvaard wordt informeert de voorziening de JA, de bevoegde justitiële instantie of een andere bevoegde verwijzer schriftelijk over de reden van de beslissing.
 - Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.
- Geldig voor zo ver geen opnameplicht: De voorziening geeft daarbij een advies voor een mogelijk alternatief binnen het eigen of een ander netwerk internering/netwerk GGZ. Tenzij een alternatief binnen de hulpverlening niet aangewezen of tegenaangewezen is.
 - Best practices
 - Een van de standaarden voor de high security voorzieningen in Engeland is ook dat de voorziening advies moet geven indien een opname binnen high security niet aangewezen is.

2.2 Observatie en diagnostiek

○ Literatuur

van Marle (2012) beschrijft de stagering binnen de forensische diagnostiek. Hij onderscheidt hierin drie stappen: (1) psychiatrische diagnostiek, (2) vaststellen van criminogene noden en risicomanagement door behandeling en (3) het bepalen van het vereiste toezicht.

○ Best practices

De eerste drie maanden na opname in een Engelse high securityinstelling moet de focus liggen op oriëntatie, beoordelen en tegemoetkomen aan de noden met betrekking tot de fysieke en geestelijke gezondheid, beoordelen en managen van de risico's en geschikte zorg en behandeling bepalen. De beoordeling bij opname brengt volgende aspecten in kaart:

- Noden met betrekking tot de fysieke gezondheid
 - somatisch onderzoek en routinecontroles;
 - management van de fysieke gezondheid.
- Noden met betrekking tot de geestelijke gezondheid
 - beoordeling en management van psychische toestand;
 - psychologische beoordeling;
 - verpleegkundige beoordeling;
 - afname HoNOS-Secure .
- Relationele noden
 - beoordeling van de sociale context (ook met oog op veiligheidsaspecten)
- Risico's
 - psychologische beoordeling;
 - verpleegkundige beoordeling;
 - afname HCR-20;
 - beoordeling drugs en alcohol.
- Noden op vlak van ADL, educatie en werk
 - ergotherapeutische beoordeling
- Review van het zorgplan in multidisciplinair team en waar mogelijk in samenwerking met de patiënt;
- Toewijzing aan een geschikt zorgtraject (psychiatrische stoornis/ persoonlijkheidsstoornis/ doven/VB/vrouwen);
- Controle fysieke gezondheid op dag 1.

In Schotland moeten de voorzieningen (alle beveiligingsniveaus) aantonen dat ze (onvervulde) behoeftes van patiënten in kaart brengt en acties onderneemt om deze noden te behartigen.

- (JA): Indien een begeleiding of behandeling start werkt de hulpverlening mee aan het opstellen van een prestatieverbintenis tussen voorziening, justitieassistent¹¹ en patiënt (JA neemt hiertoe initiatief).

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

- (JA): Indien een begeleiding of behandeling start gaat de hulpverlening in op de vraag van de justitieassistent om deel te nemen aan een driehoeksoverleg¹² (met patiënt en justitieassistent). Indien de hulpverlening niet ingaat op de uitnodiging van de justitieassistent wordt dit gemotiveerd aan de justitieassistent.

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

- Inschatting bij start opname/behandeling van criminogene behandelfactoren, rekening houdende met het voortraject en de beschikbare informatie.

Cf. norm “Risicotaxatie is een essentieel onderdeel binnen de behandeling en start al tijdens de observatiefase en de diagnostiekstelling”

- Contextuele screening (nagaan sterktes/zwaktes binnen netwerk patiënt, waar mogelijk al in gesprek gaan met familie/context), waarbij rekening gehouden wordt met de gepleegde feiten.

- Literatuur

Het netwerk van de patiënt kan op een gestructureerde manier in kaart gebracht worden via de sociale netwerkanalyse, i.c. de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA). Aan de basis van deze methode staat de vergelijking van het delictnetwerk met het terugkeernetwerk. Op deze manier wordt de beschermende werking of het risicovolle karakter van het netwerk duidelijk, waardoor deze methode naadloos aansluit bij en cruciaal onderdeel is van risicotaxatie en risicomangement. Er is een Instroom FSNA (FSNA-diagnose) en een Routine Outcome Monitoring FSNA (FSNA ROM) beschikbaar. Voor zover geweten wordt dit instrument enkel in Nederland gebruikt. Het referentiekader maakt geen melding van de FSNA, en dus is het gebruik niet verplicht.

- Best practices

In de criteria voor high securityvoorzieningen in Engeland wordt gesteld dat de eerste drie maanden na opname de focus moet liggen op, onder andere, een beoordeling van de relationele noden (inclusief een analyse van de sociale context en aspecten met betrekking tot de veiligheid).

Ook het betrekken en onderhouden van relaties met familie en zorgverleners is een prioriteit binnen alle niveaus van beveiliging.

¹¹ De prestatieverbintenis is een schriftelijke overeenkomst die voor de start van de behandeling of begeleiding, ondertekend wordt door de hulpverlening, de justitieassistent de patiënt. Hierin wordt op patiëntniveau ieders verantwoordelijkheid (rol- en de informatie-uitwisseling tussen de betrokken partijen transparant en duidelijk vastgelegd. De justitieassistent is verantwoordelijk voor het opstellen van de prestatieverbintenis en nodigt de patiënt en de hulpverlening uit om de overeenkomst te ondertekenen.

¹² Het driehoeksoverleg is een overleg tussen de patiënt, de hulpverlening en de justitieassistent over aspecten van de patiëntsituatie en de behandeling of begeleiding. Het driehoeksoverleg biedt de mogelijkheid om ieders rol en verantwoordelijkheden te verhelderen en afspraken te maken over informatie-uitwisseling.

- Multidisciplinaire bespreking met minimaal 1 forensisch expert.
Aanbeveling: altijd aanwezigheid van een forensisch psychiater en bijkomend een criminoloog of forensisch psycholoog/orthopedagoog.¹³

cf. infra 'medewerkers'.

- Gebruik van aangepaste wetenschappelijke diagnostische instrumenten, gevalideerd voor de forensische populatie (vb. agressiebeheersingsinstrumenten, symptoomvaliditeitstesten (SVT)).

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Risicotaxatie is een essentieel onderdeel binnen de behandeling en start al tijdens de observatiefase en de diagnostiekstelling. In 7.2.3. wordt hier dieper op ingegaan.

- Literatuur

Anno 2020 wordt gestructureerde risicotaxatie wereldwijd toegepast (Singh et al., 2014). Het gebruik van gestructureerde risicotaxatie zorgt voor een consistent en transparant beslissingsproces. Met betrekking tot het inschatten van de kans op herval in nieuw delictgedrag kunnen er verschillende methodes onderscheiden worden. De eerste methode, het ongestructureerde klinisch oordeel berust louter op klinische expertise. Deze methode is reeds enige tijd achterhaald, vermits het risico op deze manier niet beter dan op kansniveau voorspeld kan worden (Monahan, 1981). Als reactie hierop werden twee empirisch onderbouwde methodes ontwikkeld: de actuariële en de gestructureerd klinische methode. De validiteit van beide methodes is gelijkwaardig en beter dan deze van het ongestructureerd klinisch oordeel (Singh, Grann, & Fazel, 2011; Yang, Wong, & Coid, 2010). Met betrekking tot seksueel delinquenten blijken de actuariële instrumenten wel beter te presteren dan SPJ (Hanson & Morton-Bourgon, 2009).

Naast het uitvoeren van risicotaxatie in functie van de behandeling, is het tevens van belang de resultaten van de risicotaxatie te integreren in verslaggeving. Uit onderzoek blijkt namelijk dat dit nog te weinig gebeurt, waardoor beslissingen mogelijk te weinig onderbouwd zijn (Côté et al., 2012). In de literatuur wordt het rapporteren of communiceren van de resultaten 'risicocommunicatie' genoemd. Er bestaat enige eensgezindheid omtrent welke zaken benoemd moeten worden in mondelinge of schriftelijke verslaggeving (Storey, Watt, & Hart, 2015):

- Beschrijving van de aanwezige risicofactoren;
- Aangeven van de functionele relevantie van de aanwezige risicofactoren (criminogeen, beschermend of neutraal);
- Niet enkel aangeven of iemand zal recidiveren, maar ook de aard (bijvoorbeeld impulsief of instrumenteel), ernst, dreiging (hoe snel zal recidive optreden), waarschijnlijkheid, frequentie (hoe vaak zal recidive optreden) of de mogelijke slachtoffers (kennissen, familie, onbekenden, ...) van toekomstig geweld beschrijven. Dit kan zowel kwantitatief als verhalend gebeuren (Guy, Packer, & Warnken, 2012).
- Aanbevelingen doen voor risicomangement.

de Vogel, Bosker en van den Broek (2019) bespreken de manieren waarop de risicotaxatie-resultaten gepresenteerd kunnen worden, en hoe dit zo duidelijk mogelijk kan gebeuren. "Een

¹³ Enkel van toepassing van zodra deze opleiding wordt aangeboden in België.

slecht rapport kan namelijk verkeerde indrukken geven, ook al is de taxatie goed uitgevoerd met een valide instrument” (de Vogel et al., 2019, p. 7). Communicatie over risico kan gebeuren in woorden (bijvoorbeeld laag, matig, hoog), in cijfers of visueel (met behulp van grafieken of figuren). Aan elke vorm zijn voor- en nadelen verbonden, en momenteel is er onvoldoende empirisch bewijs om voor de ene of de andere methode te kiezen. de Vogel et al. (2019) bevelen aan om een combinatie van drie vormen te gebruiken. Hierbij is het van belang dat de categoriale communicatie van de (gestructureerd klinische) eindoordelen degelijk onderbouwd en gespecificeerd worden en dat de numerieke resultaten voldoende uitgelegd moeten worden, eventueel aan de hand van visualisatie. Verder doen ze nog volgende concrete aanbevelingen (p.10-11):

- Bedenk vooraf goed wat het doel van de risicotaxatie is en wie de ontvanger van de risicocommunicatie is. In de verslaglegging is het van belang rekening te houden met de expertise van de ontvanger. Is het bijvoorbeeld een collega gedragsdeskundige of is het een juridisch onderlegde ontvanger?
- Beschrijf duidelijk in het rapport wat het doel van de taxatie is, welke instrumenten gebruikt zijn, waarom daarvoor is gekozen en wat de geldigheidsduur van het rapport is.
- Schrijf in heldere taal, bij voorkeur in korte, actieve zinnen en vermijdt vakjargon.
- Bij beschrijving van de relevante risicofactoren: Leg verbanden tussen de verschillende factoren en mogelijk toekomstig delictgedrag.
- Bij de beschrijving van het categoriale eindoordeel: Beschrijf de eindconclusie specifieker dan enkel in termen van laag, matig of hoog. Specificeer naar mogelijke aard, frequentie, ernst, wanneer, in welke situatie en wie potentiële slachtoffers zijn.
- Bij gebruik van cijfers: Geef een uitleg over het instrument en het gebruikte algoritme en leg uit wat de cijfers voor dit individu betekenen (zoals in punt hierboven beschreven). Gebruik indien mogelijk een visualisatie om de cijfers te verduidelijken. Wees bewust van het mogelijke effect van numeriek rapporteren en kies daarom bewust voor percentages of frequenties.
- Beschrijf het benodigde risicomanagement zo concreet en specifiek mogelijk: Wat is het nodige beveiligingsniveau? Met welke interventies kunnen risico's worden verlaagd? Zijn er mogelijk beschermende factoren?
- Bespreek het verslag met een collega, zeker wanneer je nog niet zo ervaren bent en/of organiseer regelmatig intervisies.
- Mondelinge toelichting op de schriftelijke verslaglegging zou altijd mogelijk moeten zijn wanneer nodig of gewenst.
- Blijf op de hoogte van recente ontwikkelingen en onderzoeksresultaten op gebied van risicotaxatie, communicatie en management.

Onderzoek naar de effectiviteit van risicotaxatie- en management is quasi onbestaande. De enige randomised control trial vond plaats in ambulante settings in Nederland (Troquete et al., 2013b). In fase 2 van het referentiekader – ambulante/mobiel categoriaal aanbod – wordt hier verder op ingegaan.

o Best practices

Risicotaxatie-instrumenten geven aan dat risico-inschattingen zinvol zijn met betrekking tot, onder andere, besluitvorming over opname, verlof of ontslag of bij de start van een nieuwe fase in de (forensische) behandeling (HCR-20^{V3}; SAPROF).

Enkele handleidingen van gestructureerd klinische instrumenten geven tevens richtlijnen in verband met risicocommunicatie (bijvoorbeeld, HCR-20^{V3}, RSVP).

In Zweden is een formele risicotaxatie verplicht wanneer verlof of definitieve invrijheidsstelling overwogen wordt. Het gaat in dit geval over rapportage ten aanzien van de rechtbank. Instrumenten zoals de HCR-20 en de PCL-R worden hiervoor vaak gebruikt (Svennerlind et al., 2010).

Uit de praktijk in Engeland bleek dat empirisch gevalideerde risicofactoren nog te weinig expliciet onderdeel vormen binnen de besluitvorming (Lyll & Bartlett, 2010) en verslaggeving ten aanzien van de rechtbanken (Wilson, Crocker, Nicholls, Charette, & Seto, 2015) tijdens behandeling. Toch wordt in het verplichte normenkader voor low en medium security settings in Engeland gesteld dat risicotaxatie nodig is voor beslissingen omtrent uitgangen. Met betrekking tot de verlofbesluitvorming moet een inschatting gemaakt worden van het ontvluchtingsgevaar, risico's ten aanzien van anderen tijdens de uitgang of ingeval van ontvluchting, slachtoffergerelateerde kwesties en moet er een link met herstel bij de patiënt aangeduid worden. Ook in de criteria voor high security voorzieningen wordt expliciet gesteld dat de eerste drie maanden na opname de focus moet liggen op, onder andere, risico's (middels de HCR-20).

In Schotland zijn er standaarden en richtlijnen rond risicotaxatie- en management, opgesteld door de Risk Management Authority. Deze hebben echter zeer specifiek betrekking op personen met/die in aanmerking komen voor een 'Order for Lifelong Restriction' (supra). De standaarden en richtlijnen voor risicotaxatie – en dan heel specifiek over de verslaggeving – hebben dan ook betrekking op de fase vóór de beslissing. Hoewel dit dus zeer specifiek is, kunnen deze standaarden en richtlijnen onzes inziens ook op een breder, meer algemeen niveau toegepast worden. Het document met betrekking tot risicotaxatie(verslaggeving) vermeldt vijf standaarden waaraan een verslag moet voldoen en voorziet tevens een verplicht te gebruiken template. FRAME omvat een meer algemeen kader voor risicotaxatie- en management. In dit document worden tevens alle termen gedefinieerd, wat een uniforme taal mogelijk maakt. Het formuleert vijf algemene standaarden:

- Risicotaxatie: Er wordt ingegaan op hoe risicotaxatie vorm moet worden gegeven: onder andere gebruik van meerdere, betrouwbare bronnen; gebruik van risicotaxatie-instrumenten; identificeren van risico's, sterktes en beschermende factoren; formuleren van de kans op recidive en de aard en ernst ervan. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie niveaus van risicotaxatie, gebaseerd op de diepgang ervan: een eerste ruwe screening, een grondige evaluatie en een uitgebreide taxatie.
- Planning en reactie op verandering: Hiermee wordt bedoeld op het dynamische karakter van risico, waardoor continue evaluatie en bijsturing in risicomanagementprocedures noodzakelijk is. Ook hier wordt een opsplitsing gemaakt op drie niveaus, al naargelang de complexiteit van de casus.
- Risicomanagementstrategieën: Belangrijke aspecten binnen deze standaard zijn een op maat gesneden risicomanagementplan, proportioneel aan het risico en met aandacht voor de noden en responsiviteitsfactoren van de patiënt. Een opsplitsing in drie niveaus wordt gemaakt op basis van de intensiteit van de risicomanagementstrategieën.
- Samenwerking: Dit gaat met name over informatiedoorstroom, en ook hier worden drie niveaus onderscheiden naargelang de mate van samenwerking.

- Kwaliteitswaarborgen: Deze standaard stelt dat personen die verantwoordelijk zijn voor de risico-inschatting of risicomanagementbeslissingen of instaan voor de uitvoering hiervan voldoende gekwalificeerd moeten zijn en over voldoende vaardigheden en kennis moeten beschikken. Ze zouden hiervoor ook ontwikkelingsmogelijkheden moeten krijgen (zoals training en supervisie).

In Italië wordt er bij opname een risico-inschatting gemaakt op basis van de HCR-20, PCL-R en de VRAG (Di Lorito, Castelletti, Tripi, et al., 2017).

2.3 Behandeling/begeleiding

Risicotaxatie gaat over de inschatting van de kans op recidive en neemt een centrale plaats in binnen een forensische categorale GGZ-behandeling. Daarnaast is ook een delict-analyse cruciaal.

- Gebruik van bestaande wetenschappelijke taxatie-instrumenten door personen die opgeleid zijn voor het gebruik van zo'n instrumenten.

- Literatuur

Anno 2020 zijn er meer dan 100 risicotaxatie-instrumenten op de markt. In het algemeen kan gesteld worden dat gevalideerde instrumenten doorgaans een gelijkaardige voorspellende waarde hebben (Yang et al., 2010). Met betrekking tot de keuze van het meest geschikte instrument zijn dus andere aspecten belangrijk dan enkel de predictieve validiteit van een instrument. Hiervoor kan verwezen worden naar de meta-analyse van Singh et al. (2011):

- Instrumenten met de beste voorspellende waarde zijn gericht op specifieke populaties (zoals bijvoorbeeld seksueel delinquenten) en instrumenten bedoeld om geweld te voorspellen (eerder dan instrumenten gericht op het voorspellen van algemene recidive).
- De demografische kenmerken van de betreffende patiënt(populatie) moet zo nauw mogelijk aansluiten bij de populatie waarbij het instrument werd ontwikkeld. Dit levert de beste voorspellende waarde op.
- Er is geen verschil in voorspellende waarde tussen actuariële en gestructureerd klinische instrumenten (cf. supra).
- Er is enige evidentie dat de huidige instrumenten beter voorspellen voor blanke populaties.

Ook praktische overwegingen spelen mee in de keuze voor het ene of andere instrument: trainingskosten, gebruiksgemak en het feit of het gebruikt kan worden voor behandelplanbeslissingen en risicomanagement (Singh et al., 2014; Singh et al., 2011). Vanwege het feit dat met het gestructureerd professioneel oordeel behandeldoelen geïdentificeerd kunnen worden die de basis vormen voor het risicomanagementplan, verdient deze methode de voorkeur binnen een residentiële behandelsetting – boven instrumenten die uitsluitend gebaseerd zijn op historische factoren en enkel dienen om een voorspelling te maken (Völlm, Clarke, et al., 2018). Singh et al. (2014) onderzochten de praktijk met betrekking tot risicotaxatie in 44 landen. Het meest gebruikte instrument was de HCR-20. Daarnaast werden de COVR, FOTRES, HKT-30, LSI-R, PCL-R, PCL:SV, SAPROF, START, V-RISK-10, VRAG en de VRS het meest frequent gebruikt.

Vanwege de overvloed aan risicotaxatie-instrumenten ontwikkelden Fazel en Wolf (2018) een checklist om de kwaliteit en wetenschappelijke evidentie van een specifiek instrument te

evalueren. Deze checklist wordt onderverdeeld in enerzijds externe en anderzijds interne validatie.

- Externe validatie
 - Werd het instrument gevalideerd in studiepopulaties verschillend van de normpopulatie?
 - Werd het instrument gevalideerd binnen een gelijkaardige populatie waarvoor men het instrument wil gebruiken? De populatie waarvoor men het instrument wil gebruiken moet overeenstemmen met populaties waarvoor het instrument werd gevalideerd (met betrekking tot kenmerken, risicofactoren en basisrisico). Daarnaast moet ook rekening gehouden met de uitkomstmaat.
 - Werd er gebruik gemaakt van een degelijke methodologie? Bijvoorbeeld, de steekproef moet representatief zijn en voldoende groot zijn.
 - Is alle essentiële informatie over het instrument beschikbaar? Hiermee wordt bedoeld op maten voor zowel kalibratie (bijvoorbeeld PPV, NPV, ...) als discriminatie (AUC, sensitiviteit, specificiteit).
 - Is het instrument bruikbaar, haalbaar en acceptabel? Er moet een duidelijke definiëring van risicocategorieën en – indien mogelijk – absolute risico's voorhanden zijn. Items moeten duidelijk omschreven, objectief en makkelijk te scoren zijn.
- Ontwikkeling (interne validatie; voorwaarden waaraan een instrument moet voldoen bij de ontwikkeling ervan)
 - Is het instrument gebaseerd op een degelijk onderzoeksprotocol (bijvoorbeeld steekproefbepaling, uitkomstmaten, follow-up periodes, statistische analyses)?
 - Hoe werden mogelijke risicofactoren geselecteerd?
 - Hoe worden de risicofactoren gewogen? Instrumenten waarbij verschillende gewichten worden toegekend aan de verschillende risicofactoren presteren beter.
 - Hoe werden andere parameters geselecteerd?
 - Werd het instrument ook intern gevalideerd?

De auteurs stellen verder dat externe validatie essentieel is. Hiervan kan worden afgeweken indien er geen (geschikte) alternatieven voorhanden zijn of wanneer externe validatie nog lopende is.

Mogelijk kan de validiteit van risicotaxatie-afnames verbeterd worden via feedback aan de raters over de accuraatheid van hun inschatting en implementatie van hun risicomangementplan (op individueel niveau). In de praktijk blijkt dit (feedback) nog te weinig te gebeuren (Singh et al., 2014).

Het gebruik van bestaande risicotaxatie-instrumenten bij etnische minderheidsgroepen geniet op dit moment onvoldoende empirische evidentie (Shepherd, 2016). Tot er valide instrumenten voorhanden zijn (of cross-culturele validatie die de bruikbaarheid afdoende aantoonst), doet Shepherd (2016) een aantal aanbevelingen. Zo raadt hij aan competenties te verwerven op vlak van multiculturaliteit en eventueel natives te raadplegen. Daarnaast is het belangrijk om oog te hebben voor mogelijke culturele machtsongelijkheid tussen clinicus-patiënt en voor misinterpretaties van bepaalde signalen.

Ook voor oudere patiënten kan het toepassen van de huidige risicotaxatie-instrumenten problematisch zijn, vermits deze gevalideerd zijn op een doorgaans jongere normgroep (Natarajan & Mulvana, 2018). Natarajan en Mulvana (2018) stellen dat het risico mogelijk

onderschat wordt door teveel gewicht te geven aan de factor leeftijd. Daarnaast stellen er zich mogelijk nog andere problemen, zoals cognitieve deterioratie.

Naast het belang en nut van gestructureerde risicotaxatie, zijn er ook beperkingen. In de meta-analyse van Singh et al. (2011) worden mediane Areas Under the Curve (AUC) gerapporteerd van 0,66 tot 0,78. De AUC is een algemene maat voor predictieve validiteit. Deze wordt geïnterpreteerd als de kans dat een willekeurige recidivist een hogere score behaalt dan een willekeurige niet-recidivist. Waarden variëren tussen 0 en 1, waarbij een waarde van 0,50 impliceert dat het instrument niet beter dan toeval voorspelt. Bovenstaande resultaten impliceren dus dat een perfect voorspelling niet mogelijk is. Dit is een belangrijk gegeven, dat idealiter ook in verslaggeving duidelijk aangegeven moet worden. Daarnaast blijkt risicotaxatie met name accuraat te zijn wanneer het gaat over het detecteren van laag risico patiënten, eerder dan hoog risico patiënten (Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012; Jeandarme, Pouls, De Laender, Oei, & Bogaerts, 2016). In het verlengde hiervan zijn ook de field validity¹⁴ resultaten van risicotaxatie-instrumenten slechter of zelfs niet afdoende (Boccaccini, Rice, Helmus, Murrie, & Harris, 2017; Jeandarme, Pouls, De Laender, et al., 2016; Neal, Miller, & Shealy, 2015; Vojt, Thomson, & Marshall, 2013). Hiervoor worden meerdere verklaringen aangehaald. Zo is het mogelijk dat meer intensieve of effectieve risicomangementstrategieën worden ingezet volgend een hoog risico-inschatting. Hierdoor liggen de uiteindelijke recidivecijfers lager dan het verwachte (ingeschatte) recidivepercentage, resulterend in een slechte voorspellende waarde. Een andere verklaring betreft een mogelijk gebrek aan training en/of ervaring. Opleiding en supervisie zijn in dit geval essentieel. Ook de Risk Management Authority in Schotland benadrukt het belang van risicotaxatie, zonder hier blind op te vertrouwen (Risk Management Authority, 2011).

In het verlengde van de herstelbenadering, poneren diverse auteurs dat ook de patiënt zelf betrokken moet worden bij de risicotaxatie (Mann, Matias, & Allen, 2014; Papapietro, 2019; Ray & Simpson, 2019). Patiënten moeten kunnen aangeven welke stressoren en triggers voor hen belangrijk zijn, en welke interventies het meest zinvol zijn (Papapietro, 2019). Dit gedachtengoed sluit aan bij de methode van vroegsignalering (cf. infra), waarbij samen met de patiënt wordt gezocht naar triggers voor agressie. Dit is niet exact hetzelfde als risico op de langere termijn, maar kan wel op dezelfde manier benaderd worden. Hoewel gebaseerd op slechts vijf artikels, blijkt uit de review van Ray en Simpson (2019) dat het betrekken van de patiënt bij risicotaxatie en –management een haalbare kaart is en bovendien ook een positieve impact kan hebben op de uitkomsten. Zo bleek, zoals reeds eerder aangehaald, het positieve effect van de ERM methode op de frequentie en ernst van agressie (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjorkly, & Gryphonck, 2010a). Ook de laatste twee schalen van de DUNDRUM worden zowel door de zorgverlener als door de patiënt gescoord. Uit een vergelijking tussen de scores bleek dat de mate van overeenstemming vergroot naarmate het rehabilitatieproces vordert (Davoren et al., 2013). Ook Eidhammer, Fluttert en Bjorkly (2014) stellen op basis van een literatuurstudie dat, hoewel de empirische evidentie voor het betrekken van de patiënt bij risicomangement vooralsnog beperkt is, deze aanpak de kans vergroot dat de patiënt zijn/haar verantwoordelijkheid neemt voor zijn/haar acties en vooruitgang. Ze stellen verder dat flexibel omgesprongen moet worden met het betrekken van de patiënt, rekening houdend met zijn vaardigheden en psychische stoornis. Uit een patiëntbevraging bleek overigens dat

¹⁴ De voorspellende waarde van instrumenten wanneer deze in de (klinische) praktijk worden toegepast, en niet door onderzoekers in de streng gecontroleerde situaties.

patiënten zelf aangaven dat het herkennen van waarschuwingssignalen (zowel bij zichzelf als bij anderen) een belangrijk aspect is bij het vermijden van agressie (Olsson, Audulv, Strand, & Kristiansen, 2015).

Daarnaast is het binnen de herstelgerichte benadering van belang dat risicotaxaties zowel sterktes als beperkingen (risico's) in kaart brengen (O'Donahoo & Simmonds, 2016). Om een holistisch beeld te krijgen, verdient het daarom de voorkeur om zowel risico- als beschermende factoren te taxeren, maar ook aandacht te hebben voor de ruimere omgeving van de patiënt (bijvoorbeeld via de sociale netwerkanalyse; cf. infra).

o Best practices

In een aantal landen worden het gebruik van specifieke instrumenten verplicht gesteld:

- Nederland: HCR-20^{V3} of HKT-R voor residentiële settings, FARE voor ambulante settings. Voorzieningen mogen daarnaast ook andere instrumenten afnemen, maar deze dienen niet gerapporteerd te worden. In het referentiekader voor 2020 wordt de instrumentenlijst uitgebreid met de Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk (B-SAFER), Stalking Risk Profile (SRP), Static/Stable/Acute en de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) voor zowel residentiële als ambulante settings. Aan deze indicator worden tevens normeringen gekoppeld (percentage van de patiënten waarvoor aan deze norm moet worden voldaan). Deze zijn terug te vinden in tabellen 2 en 3.
- High security Engeland: HCR-20 (er wordt geen melding gemaakt van de versie).

In diverse handleidingen van risicotaxatie-instrumenten wordt een specifieke opleiding in het gebruik van het instrument aanbevolen, maar is deze doorgaans niet verplicht (bijvoorbeeld HCR-20, FAM, SAPROF, HKT-R, VRAG(-R), Static-99R, STABLE/ACUTE-2007). Wel worden er enkele kwalificaties vooropgesteld voor gebruikers van de instrumenten (Bron: HCR-20, HKT-R, FAM, SAPROF, STABLE):

- Kennis over geweld: Gebruikers moeten op de hoogte zijn van de professionele en wetenschappelijke literatuur over de aard, oorzaken en effectieve behandeling van geweld.
- Deskundigheid op het gebied van individuele psychodiagnostiek: Gebruikers moeten opgeleid zijn in en ervaring hebben met het interviewen en met het beoordelen van informatie afkomstig van derden (ook wel collaterale informatie genoemd). Opleiding en ervaring in de toepassing en interpretatie van gestandaardiseerde testmethoden kan nuttig zijn.
- Deskundigheid op het gebied van psychische stoornissen: Gebruikers moeten opgeleid zijn in en ervaring hebben met diagnostiek van As I stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving.
- Consensusmethode: De auteurs van de HKT-R raden aan om het instrument door twee raters te laten scoren, de zogenaamde consensusmethode: één professional die een behandelrelatie heeft met de patiënt, één professional zonder directe behandelrelatie (diagnosticus, onderzoeker of behandelaar van een andere afdeling).
- Opleiding: Training in het gebruik van minimaal één van de instrumenten volgens het gestructureerd professioneel oordeel.
- Kennis over de doelgroep (inclusief base rate recidives)

In Engeland wordt de risicotaxatie, voor zover kon worden nagegaan, uitgevoerd door een assessment service. Van de high securityvoorzieningen wordt meer algemeen verwacht dat ze

over de vaardigheden beschikken met betrekking tot risicotaxatie en risicomangement van daders met een psychische stoornis.

In Schotland (low, medium en high security) wordt in algemene termen gesproken van het verplicht gebruik van geschikte risicotaxatie-instrumenten, waarbij de resultaten in een multidisciplinair team besproken moeten worden. In Schotland werd tevens de 'Risk Assessment Tools Evaluation Directory' (RATED) opgericht. Deze dienst maakt een inventaris van de empirische ondersteuning van de diverse risicotaxatie-instrumenten (Risk Management Authority, 2019).

In een high securityziekenhuis in Schotland en Noord-Ierland werd getracht om een degelijk risicotaxatie en –managementbeleid te implementeren, inclusief training. Uit een evaluatie bleek dat de kennis verbeterde na de (HCR-20) training (Vojt, Slessor, Marshall, & Thomson, 2011).

In Zweden wordt de risicotaxatie gedaan door een externe rater (Levin, Nilsen, Bendtsen, & Bulow, 2019). Het is niet duidelijk of hiermee wordt bedoeld dat de rater niet verbonden is aan de voorziening, of dat het gaat over een interne rater onafhankelijk van de behandeling.

- Op regelmatige basis wordt getest en opgevolgd en dit start al bij het begin van elk zorgtraject. Regelmatige herscoring en evaluatie (minimaal bij elk kantelpunt in het behandeltraject én minimum 1x per jaar).

- Literatuur

Hoewel dynamische risicofactoren veranderbaar zijn en – bijgevolg – regelmatig opnieuw geëvalueerd moeten worden, werd er weinig verandering vastgesteld in HCR-20 scores bij patiënten in een high (Morrissey, Beeley & Milton, in Sedgwick, Young, Das, & Kumari, 2016) en low security voorziening (Longdon et al., 2018). Deze studies gingen echter enkel over het feit of er verandering werd vastgesteld over een bepaalde periode. Niet of deze verandering samenhang met recidive. Wilson, Desmarais, Nicholls, Hart en Brink (2013) onderzochten dit en toonden een verandering aan die bovendien samenhang met recidive, met name op korte termijn. Ook de studie van De Vries Robbé, de Vogel, Douglas en Nijman (2015) liet een verband zien tussen een verbetering van dynamische risico- en beschermende factoren en de afwezigheid van geweldadige recidive, zowel op korte (1 jaar) als op lange (11 jaar) termijn. Deze studie toont daarmee het belang (en meerwaarde) aan van herhaalde metingen.

- Best practices

Diverse risicotaxatie-handleidingen beschrijven tijdsperiodes en situaties waarbinnen of waarna een hermeting dient te gebeuren. Er wordt niet steeds een specifiek tijds kader aangegeven, maar meer algemeen wordt wel gesteld dat een nieuwe inschatting aanbevolen wordt wanneer de context waarin de persoon verkeert wijzigt (bijvoorbeeld, residentieel versus verblijvend in de maatschappij) of bij wijzigingen met betrekking tot risicomangementkwesties (bijvoorbeeld wijzigingen in sociale netwerk, stressvolle gebeurtenis, non-compliance) of klinische factoren (psychiatrische symptomen, inzicht, impulsiviteit) (Guy et al., 2012; HCR-20V3; FAM; SAPROF). Instrumenten die zich baseren op stabiele dynamische factoren (cf. supra) bevelen doorgaans een jaarlijkse herafname aan; instrumenten die zich baseren op acute dynamische factoren (cf. supra) een maandelijkse herafname. Meer specifiek doen onderstaande veel gebruikte risicotaxatie-instrumenten volgende concrete aanbevelingen:

- Historische, Klinische, Toekomstige-Revised (HKT-R; Spreen, Brand, Ter Horst, & Bogaerts, 2014): Jaarlijkse taxatie van de dynamische (Klinische en Toekomstige) items. Indien er voor het verstrijken van deze tijdstermijn sprake is geweest van een gewelddadig incident moet opnieuw getaxeerd worden.
- STABLE-2007 (Fernandez, Harris, Hanson, & Sparks, 2012; Nederlandse vertaling: van den Berg, Smid, & Koch, 2014): jaarlijks
- ACUTE-2007 (Hanson & Harris, 2012; Nederlandse vertaling: Koch, van den Berg, & Smid, 2014) : minimaal eens per maand of ieder contactmoment (maar niet meer dan eenmaal per week).

In het Nederlandse referentiekader van 2019 hebben twee indicatoren betrekking op risicotaxatie, waarvan één stelt dat de verandering van het recidiverisico gemeten moet worden. Een beginmeting dient te gebeuren binnen drie (ingeval van PPC, klinisch overleg, ambulant) of zes (FPC) maanden na opname. Jaarlijks dient er een vervolgmeting te gebeuren. Een eindmeting is niet verplicht omdat er – althans in theorie – door de jaarlijkse meting steeds een actuele risicotaxatie beschikbaar zou moeten zijn. Vervolgmetingen zijn enkel van toepassing op de residentiële settings (klinisch overig, FPC en PPC) die hiervoor de K-factoren van de HKT-R moeten gebruiken. Ook in het normenkader voor 2020 zijn herhaalde metingen opgenomen. Voor de meeste instrumenten bedraagt de meettermijn 365 dagen (B-SAFER, HCR-20^{V3}, HKT-R, SRP en Static/Stable/Acute), voor de FARE is dit 183 dagen en voor de START 123 dagen.

In Engeland spreekt men van “ongoing risk assessment”, maar het is niet duidelijk of ze hiermee verwijzen naar herhaalde metingen.

In Zweden vindt risicotaxatie – hoewel niet wettelijk verplicht – op regelmatige basis plaats tijdens de behandeling (Svennerlind et al., 2010).

In Koeweit is er slechts één psychiatrisch centrum (Kuwait Centre for Mental Health), waarbinnen ook de forensisch psychiatrische afdeling is gevestigd. Binnen deze afdeling vindt er steeds een grondige risicotaxatie plaats voor ontslag naar de maatschappij (Alhumoud, Zahid, Ibrahim, Syed, & Naguy, 2018).

- Identificatie van statische en dynamische risicofactoren en beschermende factoren

- Literatuur

Statische of historische factoren zijn, zoals de naam het zegt, onveranderlijk. Ze verwijzen naar kenmerken of gedragingen in het verleden, en zijn daardoor niet door behandeling te beïnvloeden. Voorbeelden zijn een uitgebreid delictverleden, leeftijd ten tijde van het eerste delict, middelenmisbruik in het verleden of scheiding van de ouders tijdens de kindertijd. Historische factoren zijn vooral zinvol voor het inschatten van het basisrisico, d.i. het risico op recidive zonder interventie. Vermits deze factoren niet onderhevig zijn aan (grote) veranderingen, is het niet opportuun deze herhaaldelijk in kaart te brengen. Idealiter gebeurt dit bij instroom, bij voorkeur in detentie ter ondersteuning van het uitbouwen van het meest geschikte traject (cf. complementariteit DUNDRUM – risicotaxatie).

Dynamische risicofactoren daarentegen situeren zich in het heden of de nabije toekomst en zijn meestal wel te beïnvloeden middels behandeling. Bij deze factoren wordt er verder een onderscheid gemaakt tussen acute en stabiele dynamische risicokenmerken. Acute dynamische risicofactoren kunnen binnen een kort tijdsbestek veranderen. Een voorbeeld hiervan is de toegang tot een potentieel slachtoffer of alcoholgebruik. Deze factoren geven een indicatie

van acuut delictgevaar. Stabiele dynamische factoren zijn – zoals het woord zegt – relatief stabiel over tijd, zoals werkloosheid, antisociale cognities of het hebben van een persoonlijkheidsstoornis. Een periodieke inschatting van de dynamische risico- of beschermende factoren is daarom op zijn plaats (cf. supra).

Ook beschermende factoren hebben hun validiteit aangetoond, hoewel niet beter dan bij een eenzijdige focus op risicofactoren (Abidin et al., 2013). Het includeren van beschermende factoren sluit nauw aan bij de herstelgedachte en kan motivatiebevorderend werken (Shiina, 2015). Uit het onderzoek van Viljoen, Nicholls, Greaves, Ruiters en Brink (2011b) bleek dat vrouwen die succesvol gereïntegreerd waren in de maatschappij over minder risicofactoren en meer beschermende factoren beschikten dan vrouwen die nog in hun herstelproces zaten.

Klepfisz, Daffern en Day (2016) stellen dat het niet volstaat om enkel de aanwezigheid van een risicofactor aan te geven, ook de relevantie voor het betreffende individu moet ingeschat worden. Dit is een lijn met een recente update van een wereldwijd gebruikt en gevalideerd risicotaxatie-instrument, de HCR-20 Versie 3 (de Vogel, de Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiters, 2013; Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013).

Wat betreft de voorspellende waarde zijn de Central Eight risicofactoren van (Andrews & Bonta, 2010) belangrijke voorspellers, conform aan de voorspellende waarde bij niet-psychiatrische forensische populaties. Deze factoren zijn tevens betere voorspellers dan klinische variabelen (Bonta, Blais, & Wilson, 2014).

- In kaart brengen van de (psycho)pathologie (criteria die bepalen welke problematiek als primair wordt omschreven en welke als secundair in relatie tot recidivebeperking)
 - Best practices

Eén van de criteria in Nederland is het op systematische wijze meten van de ernst van de problematiek. Dit wordt echter ruimer omschreven. Om dit in kaart te brengen dient er minstens één instrument gebruikt te worden uit een vooropgestelde lijst: BPRS (enkel voor PPC), HoNOS (Algemeen), Mate7 (verslaving), DROS (LVB), MANSA & STABLE-2007 (seksuele stoornis). Er dient minimaal een begin- en eindmeting te gebeuren. Bij behandelingen langer dan een jaar moet er ook een jaarlijkse vervolgmeting zijn. In het normenkader voor 2020 worden de volgende instrumenten genoemd: BPRS, DROS, HoNOS-12, IFBE, IFpBE en Module 7 van de MATE. Patiënten met een primaire diagnose seksuele stoornis of persoonlijkheidsstoornis dienen te worden geëxcludeerd.
- Inschaling veiligheidsrisico, gekoppeld aan het maken van duidelijke afspraken met de patiënt over het te volgen behandeltraject (huis- en leefregels, mogelijkheden tot doorstroming, gebruik van medicatie, preventiemaatregelen, ...)

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Opstellen (vroeg)signaleringsplan, in samenspraak met de patiënt, met specifieke aandacht voor recidivebeperking of een specifiek forensisch vroegsignaleringsplan
Aanbeveling: toepassing van groepsmethodieken (zoals vb. opstellen van groepssignaleringsplannen)

- Literatuur

Het betrekken van de patiënt bij het management van gewelddadig gedrag ligt in lijn met de herstelgerichte visie. Pionier op vlak van vroegsignalering is Frans Fluttert. Hij ontwikkelde het Forensisch Protocol Vroegsignalering (Early Recognition Method; ERM; Fluttert et al., 2008), gebaseerd op vroegsignalering bij patiënten met schizofrenie. De methode vroegsignalering is een interactieve risicomangementstrategie waarbij zorgverleners de patiënt ondersteunen bij het beheersen van hun agressie. Het gaat uit van de visie dat stabilisatie mogelijk is in een vroeg stadium van gedragsontsporing. Samen met de zorgverlener wordt de patiënt geleerd vroege waarschuwingssignalen (gedachten, gevoelens, percepties of gedrag) te herkennen en te registreren in een signaleringsplan. Om de waarschuwingssignalen in kaart te brengen, werd de 'Forensic Early Signs of Aggression Inventory' (FESAI; Fluttert et al., 2011) ontwikkeld. De FESAI bestaat uit 45 potentiële waarschuwingssignalen, onderverdeeld in 15 categorieën. Wanneer de waarschuwingssignalen zijn gedetecteerd, worden samen met de patiënt preventieve interventies uitgestippeld om escalatie van agressie te vermijden. Vanwege het betrekken van de patiënt (vergroten van zelfbewustzijn, zelfmanagement en dus empowerment) sluit deze interventie ook aan bij de herstelgerichte visie (Fluttert, van Meijel, Bjorkly, van Leeuwen, & Grypdonck, 2013).

Een studie binnen de dr. S. van Mesdagkliniek bij 168 patiënten toonde na implementatie van de vroegsignaleringsmethode een significante afname aan van het aantal separaties en de ernst van agressie. Dit gold vooral voor patiënten met schizofrenie, patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en patiënten met middelenafhankelijkheid. Patiënten die veroordeeld waren voor een seksueel delict lieten geen significante verbeteringen zien (Fluttert et al., 2010a).

De auteurs poneren dat een mogelijke (positieve) nevenwerking van de methode zou kunnen zijn dat de eerder repressieve aanpak binnen forensisch psychiatrie plaats zou maken voor een houding die gericht is op bezorgdheid ten aanzien van de patiënten. Een studie naar de mate van balans tussen afstandelijkheid en bezorgdheid ('detached concern') toonde geen significante verschillen aan voor en na de ERM-training en -implementatie. De resultaten voor de vrouwelijke zorgverleners waren wel trendsignificant in de richting van meer betrokkenheid (Fluttert, van Meijel, Nijman, Bjorkly, & Grypdonck, 2010b).

- Risicobeheer prioritair binnen het netwerk (time-out, crisisbedden)

- Best practices

In Nederland worden vrijheden gefaseerd toegekend. In eerste instantie wordt gestart met begeleid verlov, waarna onbegeleid, transmuraal en proefverlov volgen. Vanaf de fase van transmuraal verlov verblijft de justitiabele buiten de muren van de instelling. Toezicht en begeleiding gebeurt wel nog steeds door de tbs-kliniek. De tbs-kliniek blijft ook de verantwoordelijke. Mogelijke verblijfplaatsen zijn een zelfstandige woonst, een dependance van de tbs-kliniek, een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW) of een forensisch psychiatrische afdeling van een psychiatrische instelling (FPA) (Commissie van Toezicht, z.d.).

- Alcohol en drugsscreening

- Literatuur

Middelenstoornissen zijn frequent aanwezig bij forensisch psychiatrische patiënten (Jeandarme, Pouls, Hanouille, Oei, & Bogaerts, 2016). Dit is een belangrijk gegeven, vermits middelenmisbruik een belangrijke risicofactor is voor geweld (Fazel, Wolf, Fiminska, & Larsson, 2016). Detectie en management van middelenmisbruik is dus cruciaal in het kader van risicomanagement (Warburton, 2014). Klassieke methodes zoals urinetesten, fouilles en kamercontroles zijn echter vaak invasief, wat een negatieve invloed heeft op de therapeutische relatie. Uit een bevraging van 10 verpleegkundigen op een medium securityafdeling bleken een aantal vaardigheden belangrijk om de negatieve impact op de relatie patiënt-verpleegkundige te minimaliseren. Dit betrof voornamelijk communicatieve vaardigheden zoals het informeren (zowel bij aanvang als tijdens de opname), uitleggen van de voordelen, openheid en eerlijkheid. Ook empathie was een belangrijke factor: respect voor de spullen en persoonlijke ruimte van de patiënt (bij kamercontrole) en het discreet observeren (in plaats van gefixeerd staren bij urinecontrole). Tot slot moet de verpleegkundige zich bewust zijn van hoe zijn houding/gedrag geïnterpreteerd kan worden door de patiënt tijdens de procedure (Price & Wibberley, 2012).

Naast de klassieke methodes zijn er nog alternatieven beschikbaar om het bezit en gebruik van middelen te voorkomen, zoals speekseltesten en drugdetectiehonden. Beide methodes zijn minder invasief en minder ontarend en hebben minder weerslag hebben op de therapeutische relatie. Binnen het forensisch high securityziekenhuis van Schotland en Noord-Ierland vond een pilootonderzoek plaats waarbij patiënten de keuze kregen tussen een urine- of speekseltest. De speekseltekst bleek de voorkeur te genieten van zowel patiënten als personeel. Redenen hiervoor waren waardigheid van de patiënt, tijdsbesparing en het feit dat patiënten de keuze wordt gegeven (MacCall, 2017). In 2015 was de speekseltest de meest gebruikelijke drugsscreening binnen voornoemde setting (97%).

Uit onderzoek blijkt verder een positieve attitude ten aanzien van de inschakeling van drugdetectiehonden, zowel door personeel als door patiënten (McEvedy, Furness, & McKenna, 2018). Enkele voordelen (Hearn, 2011; Price & Wibberley, 2012):

- Het is minder invasief dan urinecontroles, fouilles of kamercontroles (niet elk (persoonlijk) item hoeft doorzocht te worden), wat de therapeutische relatie ten goede kan komen. Het feit dat de controle gebeurt door een externe firma vergroot dit effect.
- Drugshonden kunnen de geur van drugs minstens 48 uur detecteren. Hierdoor wordt soms duidelijk waar drugs verstopt wordt, ook al was deze niet meer aanwezig tijdens de controle.
- Het betreft een snelle screening.
- Er kan geen sprake zijn van vooroordelen.

Uit de bevraging van verpleegkundigen bleek een interventie met drugshonden de voorkeur te genieten (Price & Wibberley, 2012).

- Best practices

In een aantal landen worden drugdetectiehonden – al dan niet routinematig – ingeschakeld, waaronder Australië en Engeland. In een forensisch ziekenhuis in Londen gebeurde de screening aanvankelijk door politiediensten, maar dit had enkele belangrijke nadelen zoals

negatieve gevoelens bij patiënten, geen controle over sancties door politie en contra-therapeutische effecten. Hierdoor werd een onafhankelijke firma ingeschakeld en werd steeds gebruik gemaakt van dezelfde drugshond. Daarnaast bleek een reactieve methode – screening na vermoedens van drugs op de afdeling – weinig effect te hebben. Er werd daarom geopteerd voor een proactieve methode, met ad random screenings. Concreet worden er drie screenings gepland per maand, waarbij telkens drie afdelingen gecontroleerd worden. Er wordt getracht dit zo informeel mogelijk te organiseren, waarbij bijvoorbeeld patiënten hun activiteiten niet hoeven te staken tijdens de screening. Dit maakt dat de sfeer minder gespannen is, waardoor ook agressie-incidenten verminderden. De bedoeling van deze aanpak is niet om bepaalde patiënten “te pakken”, maar om informatie te verzamelen zoals: wie is betrokken bij de drugshandel, wat zijn de drugsroutes in het gebouw en fysieke aspecten die het mogelijk maken drugs te verstopten (Hearn, 2011).

In Schotland publiceerde de overheid richtlijnen met betrekking tot drugsscreening (Forensic Network, 2015). Enkele van deze richtlijnen zijn de volgende:

- De frequentie van testing moet gebaseerd zijn op een klinische inschatting en risicotaxatie door een multidisciplinair team. Alleszins moeten alle patiënten onderworpen worden aan een random screening.
- Zowel urinetests als speekseltests mogen gebruikt worden. Forensische settings worden echter aangespoord om speekseltesten te overwegen.
- Patiënten moeten toestemming geven voor een screening. Wanneer een patiënt een drugsscreening weigert, wordt dit besproken in het multidisciplinaire team. Bij een verhoogd risico kan dit resulteren in een herbeoordeling van de vrijheden. Ook ‘The Scottish Government Restricted Patients Branch’ moet worden ingelicht bij een weigering.
- Het resultaat wordt steeds besproken in team en vermeld in het patiëntendossier.
- Bij een positieve test worden vrijheden onmiddellijk ingetrokken.
- Vermits een sensitieve test uitermate belangrijk is in een forensische context, wordt aanbevolen positieve testen te laten bevestigen via labo-onderzoek.
- Alle voorzieningen houden een gecentraliseerde lijst bij van alle gedane testen en hun resultaten.
- Andere richtlijnen hebben met name betrekking op de methode van verzamelen (gebruik van zakjes, hoe coderen, ...) en technische specificaties (zoals de detectietijden van urine-versus speekseltesten).

Er werden richtlijnen opgesteld voor Duitsland, Zwitserland, Oostenrijk en Italië met betrekking tot therapeutische drug monitoring. Dit is de kwantificering en interpretatie van drugconcentraties in het bloed bedoeld om de farmacologische behandeling te optimaliseren. Indicaties hiervoor zijn een non-respons op de therapeutische dosis, therapietrouw, suboptimale tolerantie en farmacotherapeutische interacties. De richtlijn is echter niet specifiek forensisch (Hiemke et al., 2018).

- Systematisch en methodisch analyseren van ernstige incidenten en terugkoppeling naar en opvang van patiënt

- Literatuur

Een efficiënt agressiebeleid begint met een accurate incidentregistratie. Op basis van deze gegevens kan het probleem in kaart gebracht worden en de nodige interventies opgesteld worden. Daarnaast geeft het ook weer of de interventies succesvol zijn (Warburton, 2014).

Niet enkel het registreren van effectieve incidenten, maar ook bijna-incidenten kunnen relevant zijn voor terugkoppeling en het identificeren van verbetermogelijkheden (Kuosmanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen, Eronen, & Turunen, 2019).

○ Best practices

In Nederland werd de richtlijn ‘Handreiking Veilig Incident Melden’ (VIM) opgesteld (GGZ Nederland, 2012). De kern van deze richtlijn is de retrospectieve incidentanalyse. Incidenten, bijna-incidenten en onveilige situaties worden achteraf geanalyseerd om de kans op herhaling zo veel mogelijk te voorkomen en te leren van deze onbedoelde gebeurtenissen. In het (verplichte) referentiekader van 2019 wordt echter enkel gevraagd naar het aandeel agressie-incidenten. In het normenkader voor 2020 wordt hierover niets meer opgenomen.

De low en medium securityvoorzieningen in Engeland moeten voorzien in een aantal zaken met betrekking tot het handhaven van de veiligheid en het management van noodgevallen: opgeleid personeel, adequate bezettingsgraad, duidelijke wachregelingen, gemakkelijke toegankelijkheid van medische noodapparatuur en snelle toegang tot de afdeling door spoeddiensten. Met betrekking tot de doelgroep van vrouwelijke patiënten moet er voorzien worden in debriefings en ondersteuning na incidenten.

Met betrekking tot de high securityvoorzieningen worden volgende zaken verplicht gesteld:

- Voldoende personeel met de nodige vaardigheden, training en competenties om de veiligheid van patiënt, personeel en bezoeker te allen tijde waarborgen.
- Medische bijstand op de campus of beschikbaar na een telefoontje.
- Risicomanagementstrategieën om risico’s te minimaliseren.
- Samenwerking met tweedelijnszorg ingeval van noodsituaties waarbij de patiënt naar een andere faciliteit moet worden overgebracht.
- Geschikt transport voor high security patiënten naar andere voorzieningen.
- Voldoende materiaal, medicatie, baxters en afspraken met betrekking tot transport in de voorziening om medische noodgevallen het hoofd te bieden.
- In de infrastructurele richtlijnen voor high security voorzieningen wordt gesteld dat de infrastructuur (inclusief technische systemen) aangepast moet zijn zodanig dat tijdige interventie¹⁵ mogelijk is.
- In Engeland is er tevens een ‘National Patient Safety Agency’, die het registreren van incidenten en het leren hieruit coördineert. Dit is echter niet specifiek forensisch.

Volgens de richtlijnen voor low en medium securityvoorzieningen in Engeland moet het noodplan volgende aspecten bevatten: keten van operationele controle, communicatie, veiligheid en beveiliging van patiënten en personeel, behoud van continuïteit van behandeling, accommodatie, tests (zowel live als via computer) waarbij minimum zesmaandelijks de reactie op alarmoproepen wordt getest.

In Schotland gaat één van de criteria over noodgevallen en rampenplannen. Algemeen wordt gesteld dat noodprocedures opgesteld moeten worden en dat er samengewerkt moet worden met andere organisaties, zoals de brandweer en de politie (ook met betrekking tot het opstellen van de noodplannen). De plannen moeten conform de algemene richtlijnen van de NHS (‘NHSis manual of guidance responding to emergencies’) zijn. Meer specifiek moet een

15 In de technische gids wordt gesteld wat die interventietijd is. Deze was echter niet vrij toegankelijk.

noodplan beschikbaar zijn voor ontvluchtingen, ontsnappingen, brand, majeure uitval of defecten aan (technische systemen). Specifiek voor high securityvoorzieningen moet ook rekening gehouden worden met gijzelingsituaties, barricades en dakprotesten.

Naast risicotaxatie is ook risicomangement een essentieel onderdeel in de behandeling of begeleiding, met als belangrijkste doel het recidiverisico te verminderen en de behandeluitkomsten te verbeteren. Beide aspecten moeten uitgebreid worden opgenomen en uitgewerkt in het behandelplan.

Bovenstaande alinea bevat twee belangrijke aspecten, (1) het vertalen van de risicotaxatieresultaten in een risicomangementplan en (2) het behandelplan. Vooreerst wordt ingegaan op risicomangement:

o Literatuur

Guy et al. (2012) stellen dat de conclusie uit de risicotaxatie (laag – matig – hoog risico) voldoende onderbouwd en gekoppeld moet worden aan risicomangementstrategieën. Ook andere auteurs stellen dat, om preventief te zijn, de resultaten van de taxatie vertaald moeten worden in risicomangementinterventies gebaseerd op de geïdentificeerde risicofactoren van het betreffende individu (Allnutt et al., 2013; Levin et al., 2019; Singh et al., 2014). Er kunnen vier risicomangementstrategieën onderscheiden worden (Levin et al., 2019):

- Monitoring: toezichhoudende interventies om risicofactoren en vroege waarschuwingssignalen te detecteren. Bijvoorbeeld scenario planning, zelfobservatie, observatie door anderen, interactie patiënt-personeel, controle van bezittingen, drugsscreening.
- Supervisie: controleren en beperken van de omgeving en (bewegings)vrijheid van de patiënt om blootstelling aan of toegang tot risicosituaties te beperken. Bijvoorbeeld beperkte activiteiten, vrijheden, contacten of communicatie.
- Behandeling: bijvoorbeeld psychosociale of psychotherapeutische sessies of psychofarmaca.
- Slachtofferveiligheid: plannen, aanbevelingen of interventies om (toekomstige) slachtoffers te beschermen en ondersteunen. Bijvoorbeeld alarmsysteem of begeleide bezoeken.

Uit onderzoek met de HCR-20 blijkt dat de risicofactoren voorspellend zijn en dat intensief management van matig en hoog risico patiënten gewelddadige recidive vermindert (Allnutt et al., 2013).

o Best practices

Een risicomangementplan bestaat niet enkel op papier, maar moet effectief in de praktijk omgezet worden. Uit de studie van Singh, Desmarais et al. (2014) bleek dat in twee derde van de gevallen het voorgestelde risicomangementplan gerealiseerd werd. In de studie van Levin et al. (2019) was dit in vier vijfde (83%) van de gevallen.

Met betrekking tot risicomangement moeten de high securityvoorzieningen in Engeland voldoen aan onder meer volgende voorwaarden:

- Promoten van zelfbeoordeling en –management door de patiënt zelf zoveel als mogelijk te betrekken bij het risicotaxatieproces en hem/haar te voorzien van informatie en ondersteuning;
- Risicocommunicatie;
- Dynamische risicotaxatie ter ondersteuning van de dagdagelijkse zorg;
- Veranderingen in risico opnemen in de zorgplannen;

- Delen van risicotaxatie-informatie binnen de voorziening.

In het referentiekader van Schotland wordt meer algemeen gesteld dat risicomanagement moet volgen op de risico-inschatting. Daarnaast werd door de Risk Management Authority richtlijnen en een format opgesteld inzake deze materie (Risk Management Authority, 2016).

Met betrekking tot het behandelplan kunnen volgende bevinden worden genoteerd:

- Literatuur

Literatuur omtrent behandelplanning is schaars (Schaufenbil, Kornbluh, Stahl, & Warburton, 2015). Essentieel binnen het behandelplan is informatie over zowel het heden als het verleden. Met betrekking tot het verleden is het met name van belang om informatie te verzamelen over de delictgeschiedenis en geweld in het verleden. Daarnaast moeten ook de ontslagcriteria in kaart gebracht worden, waarbij rekening gehouden moet worden met de juridische voorwaarden en taal. Tot slot moet het plan opgesteld worden binnen een multidisciplinair team en moet het volgende aspecten bevatten: probleemsituering, doelstellingen (gedragmatig, observeerbaar en/of meetbaar) en interventies (Schaufenbil et al., 2015). Hart, Sturmey, Logan en McMurrin (2011) stellen dat de functionele gedragsanalyse frequent wordt ingezet, maar dat een betrouwbare en valide toepassing niet evident is. Opleiding is daarom cruciaal. Daarnaast is er nog onvoldoende evidentie voor het feit dat functionele gedragsanalyse de behandeling verbetert.

Bergman et al. (2018) raden aan om specifieke aandacht te besteden aan fysieke activiteit in het behandelplan.

Doorgaans gebeurt monitoring op basis van zelfrapportage en observatie. Resnick en Appelbaum (2019) bespreken de mogelijke voordelen van het gebruik van passieve opvolging bij forensisch (psychiatrische) populaties ter ondersteuning van het behandelplan. Dit gaat over monitoring waarbij via technologie (bijvoorbeeld sensoren of via apps op de smartphone¹⁶) automatisch gegevens verzameld worden. Naast enkele ethische aspecten is de empirische evidentie hiervoor echter nog afwezig.

- Best practices

De zorgverlening in Engeland is gebaseerd op de 'Care Programme Approach' (CPA), waarbij de zorg, behandeling en ondersteuning wordt ingeschat, georganiseerd, geherevalueerd en gecoördineerd. Dit betekent onder andere dat alle patiënten een geïndividualiseerd zorgplan moeten hebben. Daarnaast worden er CPA-meetings gehouden, waarbij zowel de zorgverleners als de patiënt zelf betrokken zijn. Binnen low en medium securityvoorzieningen moet er binnen de eerste drie maanden na opname een CPA meeting gehouden worden; daarna elke zes maanden). Eén van de indicatoren voor low en medium securityafdelingen is verder dat alle patiënten binnen vier werken na opname een geschatte ontslagdatum moeten krijgen. Binnen high securityvoorzieningen vindt een eerste multidisciplinaire bespreking plaats binnen twee weken na opname, waarna een eerste zorgplan wordt uitgewerkt (uiterlijk binnen vier weken na opname). Zesmaandelijks vindt er een zorgplanbespreking plaats met

¹⁶ Een voorbeeld dat wordt gegeven betreft de app "PRIORI". Deze app loopt op de achtergrond van de smartphone en registreert aspecten van de spraak (volume, snelheid en toonhoogte) via de microfoon op het toestel. Bedoeling is om op deze manier symptomen van manie te detecteren bij patiënten met een bipolaire stoornis.

zorgverleners van de voorziening en de patiënt. Daarnaast moeten er ook jaarlijks zorgplanbesprekingen worden georganiseerd waarbij externe stakeholders worden uitgenodigd.

Specifiek met betrekking tot vrouwen wordt gesteld dat het behandelplan aspecten omtrent automutilatie, genderspecifieke risicoformulering, culturele noden, fysieke gezondheid, medicatie, eetstoornissen, trauma, middelenmisbruik, familie en 'carers' moet omvatten.

De richtlijnen voor low en medium securityvoorzieningen stellen dat het zorgplan volgende onderdelen zou moeten omvatten:

- Een behandeling voor de fysieke en geestelijke gezondheid;
- Positieve gedragsondersteunende plannen;
- Criteria met betrekking tot vooruitgang;
- Afspraken met betrekking tot persoonlijke verzorging;
- Vermindering van (recidive)risico;
- Afspraken met betrekking tot veiligheid en beveiliging;
- Medicatiebeleid;
- Opvolging en aanpak van de fysieke gezondheid.

Binnen het Central Mental Health Hospital in Ierland wordt er gebruik gemaakt van een 'integrated clinical pathway' (Gill, McKenna, Oneill, Thompson, & Timmons, 2010), waarbij wordt gewerkt rond vijf pijlers van zorg: (1) fysieke gezondheid, (2) stoornis, inzicht, welzijn en herstel, (3) drugs en alcohol, (4) schadelijk gedrag en (5) psychosociaal, daginvulling en rehabilitatie. Ondertussen is er sprake van zeven pijlers: (1) lichamelijke gezondheid, (2) geestelijke gezondheid, (3) drugs en alcohol, (4) probleemgedrag (delictgerelateerd gedrag), (5) zelfzorg en ADL; (6) opleiding, beroep en creativiteit en (7) familie en intieme relaties (Kennedy et al., 2016). Binnen elke pijler moeten de risico's en noden, relevante beoordelingen en interventies om risico's en noden aan te pakken opgenomen worden. Op deze manier wordt de link tussen risico's/noden en het zorgplan duidelijk voor de patiënt, wat bevorderlijk kan zijn voor hun herstel. Daarnaast moet de patiënt betrokken worden bij het identificeren van zijn/haar eigen noden, sterktes en risico's, maar ook bij de bespreking van de resultaten. Meer concreet wordt ook voorgesteld om elke risicofactor te onderbouwen in het behandelplan. Een wijziging in de dynamische factoren kan gelinkt worden aan behandelvoortgang (Gill et al., 2010). Dit is ook de methodiek van het Instrument voor Forensische BehandelEvaluatie (IFBE; Schuringa, Spreen, & Bogaerts, 2014), een instrument om behandelvooruitgang te meten (cf. Hoofdstuk 5 'Routine Outcome Monitoring').

Ook in Schotland wordt beroep gedaan op de Care Programme Approach.

De geboden zorg moet steeds in functie staan van risicoreductie door in te zetten op criminogene noden. Hierbij is de behandeling van de GGZ-problematiek een middel om enerzijds aan risicoreductie te doen, maar anderzijds ook om de maatschappelijke integratie te bevorderen. De hulpverlener heeft daardoor binnen de forensische GGZ een hybride rol (normerende behandelacties/rapportering aan justitiële instanties/JA én zorg aanbieden).

- (JA): De hulpverlening bezorgt een opvolgingsverslag aan de justitieassistent met daarin volgende elementen (zoals wettelijk voorgeschreven):
 - Daadwerkelijke aanwezigheden van de patiënt op de gemaakte afspraken;
 - Afwezigheden van de patiënt die niet gerechtvaardigd zijn;

- Eenzijdige stopzetting van de begeleiding, omkadering of behandeling door de patiënt;
- Moeilijkheden die gerezen zijn bij de uitvoering van de begeleiding of de behandeling;
- Situaties die een ernstig risico inhouden voor derden.

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

- (JA): Op vraag van de justitieassistent neemt de hulpverlening deel aan een driehoeksoverleg (met JA en patiënt). Indien de hulpverlening niet ingaat op de uitnodiging van de justitieassistent wordt dit gemotiveerd aan de justitieassistent.

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

Binnen elke behandeling zijn een aantal aspecten cruciaal:

- Het geplande zorgtraject van de patiënten is realistisch en zoekt een evenwicht tussen enerzijds de noden en wensen van de patiënt en anderzijds de noden en wensen van de maatschappij en/of het slachtoffer. Het zorgplan identificeert actoren die de patiënt nodig heeft om zijn weg te vinden naar de maatschappij, tijdens of als volgende stap in het zorgtraject.

- Literatuur

Livingston, Nijdam-Jones en Team (2013) formuleren enkele belangrijke aspecten voor het behandelverloop volgens patiënten en zorgverleners:

- Betrekken van de patiënten bij hun behandelplan. Hier werden ook enkele struikelblokken aangehaald, zoals kenmerken van de stoornis.
- Multidisciplinaire samenstelling van het team. Om dit in goede banen te laten wordt voorgesteld om behandelplanbesprekingen ruime tijd vooraf te plannen, zodat iedereen tijd heeft zich hiervoor voor te bereiden.
- (Gevoel van) vooruitgang creëren. Dit gevoel kan onder andere bereikt worden door regelmatige behandelplanbesprekingen en programma's/dagbesteding om verveling tegen te gaan, vaardigheden aan te leren en het gevoel te hebben iets zinvol te doen. Betrokken worden bij het ontslagplan (bijvoorbeeld het formuleren van ontslagcriteria) dient te gebeuren vanaf de opname.
- De patiënt leren kennen. Dit kan met name via informele contacten tussen zorgverlener en patiënt.
- Consistentie en continuïteit van de teams.
- De patiënt betrekken via het delen van informatie.
- Vertrouwen, eerlijkheid en openheid.

- Best practices

Eén van de indicatoren voor low en medium securityafdelingen is het aangeven van de gemiddelde duur tot de eerste begeleide en onbegeleide uitgang en de gemiddelde verblijfsduur.

- Bijkomende expertise rond risicotaxatie en -management

Cf. infra.

- Aan patiënten wordt een forensisch evidence-based behandelkader aangeboden (indien beschikbaar).

Gebruik van wetenschappelijk onderbouwde modellen (zoals Good Lives Model, Ward et al. 2011; Risk-Need-Responsivity Model, Andrews & Bonta, 2006;...).

Gebruik van een specifiek wetenschappelijk onderbouwd instrumentarium (zoals bv. delictketen, vroegsignaleringsplan, ...).

- Literatuur

Barnao en Ward (2015) en Robertson, Barnao en Ward (2011) geven een overzicht van de wetenschappelijke evidentie van behandeling voor daders met een psychische stoornis. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen drie methodes van behandeling/interventiemodellen:

- Behandeling gericht op psychopathologie

- Schizofrenie/psychotische stoornissen: Er is slechts weinig onderzoek naar somatische therapieën of farmacologische behandeling bij daders met een psychische stoornis. Er bestaat enkel evidentie voor het gebruik van antipsychotica – met name Clozapine – als behandeling van agressie bij (therapieresistente) daders met schizofrenie. Daarnaast is er nog een (kleinschalige!) studie die evidentie levert voor het gebruik van elektroconvulsiotherapie bij forensisch psychiatrische patiënten met schizofrenie.
- Persoonlijkheidsstoornissen: Er is anekdotisch bewijs voor derde generatie cognitieve gedragstherapeutische interventies, met name dialectische gedragstherapie en schematherapie, maar wetenschappelijke evidentie is voorlopig onvoldoende. Ook Howells (2010) stelt dat derde generatie therapieën mogelijk ook een interessante piste zijn binnen de forensische psychiatrie. Met name de mindfulness training wordt besproken, vermits deze volgens de auteur tegemoetkomt aan de klinische en criminogene noden in forensische populaties (face validity). Wetenschappelijke evidentie ontbreekt echter nog.
- Er is enige evidentie voor het gebruik van ‘eye movement desensitization and reprocessing’ (EMDR) voor daders met een trauma.

- Ook MacInnes en Masino (2019) stelden in hun review over de effectiviteit van psychologische en psychosociale interventies – enkel gebaseerd op Randomized Controlled Trials (RCT's) – bij forensisch psychiatrische patiënten dat er geen sterke conclusies getrokken worden. Er zijn enige indicaties dat met name cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie effectief zijn in het verbeteren van de symptomen. Met betrekking tot het terugdringen van recidive waren de resultaten niet eenduidig. De auteurs benadrukten de beperkingen van de (negen!) geïnccludeerde studies, met name de kleine, heterogene steekproeven.

- Interventies gebaseerd op het RNR-model

Het RNR-model werd ontwikkeld bij correctionele (niet-psychiatrische) populaties en geïmplementeerd bij forensisch psychiatrische populaties door rekening te houden met de psychische stoornis als extra risicofactor. Aanpassingen betreffen een verhoogde aandacht voor motivatiebevordering, het aanpakken van criminogene noden op het einde van de behandeling en een lagere snelheid van behandeling. Dit alles leidt dus tot een langere duur en hogere kost van de behandeling. In sommige reviews wordt gesteld dat er voorlopig weinig evidentie bestaat voor zowel het originele als aangepaste RNR-model (Robertson et al., 2011; Skeem, Steadman, & Manchak, 2015), terwijl meta-analyses wel een behandel-effect vonden wanneer de drie principes werden toegepast (Andrews & Bonta, 2010; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009). Uit de meta-analyse van Bonta

et al. (2014) bleek tevens dat de Central Eight risicofactoren ook valide zijn bij daders met een psychische stoornis. De eerste resultaten leveren ondersteuning voor het gebruik van een aangepaste versie van het Reasoning and Rehabilitation (R&R) model bij forensisch psychiatrische populaties (Barnao & Ward, 2015).

– Sterktegerichte behandelmodellen

Hier wordt met name ingegaan op het Good Lives Model (Ward & Brown, 2004). Dit model gaat ervan uit dat de psychopathologie een beperking vormt voor het bereiken van primaire doelen zoals zelfstandigheid, voortreffelijkheid in werk en vriendschap. De toepassing van dit model bij forensisch psychiatrische patiënten is slechts recent, dus effectstudies zijn nog afwezig.

Concluderend kan gesteld worden dat er enkele veelbelovende resultaten zijn, maar dat de wetenschappelijke basis voor het gebruik van bepaalde behandelprogramma's nog beperkt is. Echter, niets doen vanwege gebrek aan empirisch bewijs is niet ethisch verantwoord. Het toepassen van modellen die evidentie hebben in andere settings/populaties is momenteel dus best practice (Barnao & Ward, 2015; Bartlett et al., 2015). Ondersteuning hiervoor ligt in het feit dat risicofactoren bij niet-psychiatrische forensische populatie ook van toepassing zijn op forensisch psychiatrische patiënten (Robertson et al., 2011). Ook Tapp, Perkins, Warren, Fife-Schaw en Moore (2013) kwamen in hun review over wat werkt binnen high security tot dezelfde conclusies voor wat betreft patiënten met psychotische en persoonlijkheidsstoornissen. De behandelbaarheid van psychopate patiënten is nog onduidelijk, maar net om deze reden mag deze groep niet uitgesloten worden voor behandeling (Völlm, Clarke, et al., 2018). Uit de forensisch psychiatrische praktijk in Europa blijkt dat algemene aspecten van het therapeutisch milieu betrekking moeten hebben op het therapeutisch gebruik van beveiliging, multidisciplinair werken, patiëntbetrokkenheid, betekenisvolle activiteiten en kwaliteit van leven (Völlm, Clarke, et al., 2018). Völlm, Clarke, et al. (2018) stellen verder dat modellen die de verblijfsduur en restricties tot een minimum beperken en een vlotte overgang bewerkstelligen de voorkeur verdienen.

Polaschek (2011) stelden een kader op met betrekking tot cognitief gedragstherapeutische rehabilitatie volgens RNR, gebaseerd op klinische expertise.

– Basic-level rehabilitatieprogramma's

Programma met een lage intensiteit bedoeld voor patiënten met een laag tot matig risico. Dit is een 40 tot 70 uur durende interventie waarbij wordt gewerkt met gesloten groepen¹⁷. Vanwege tijdsbeperkingen focussen deze programma's slechts op een beperkt aantal dynamische risicofactoren en behandelaspecten zoals cognitieve vaardigheidstrainingen (probleemoplossende vaardigheden, empathie, zelfcontrole, antisociale cognities). De interventies zijn zeer gestructureerd (hoge behandelintegriteit) en de stijl is met name psycho-educatief met beperkte ruimte voor praktische oefeningen, rollenspel en discussie. De focus ligt op de inhoud, niet op het proces. Er is weinig tijd om te focussen op individuele patiënten. Deze aanpak gaat ervan uit dat het aanbieden van leerinhoud voldoende is voor verandering. Ze veronderstelt tevens een mate van behandelbereidheid.

¹⁷ Dit betekent dat geen nieuwe patiënten kunnen aansluiten in een module in een reeds bestaande groep.

– mid-level multifactoriële behandelprogramma's

Programma met een matige tot hoge intensiteit bedoeld voor patiënten met een matig tot hoog risico. De behandeling duurt 100 tot 300 uren of meer. De interventie pakt meerdere dynamische risicofactoren aan en er is een brede waaier aan interventies. Er is meer ruimte voor de individuele patiënt en voor het bewerkstelligen van een therapeutische relatie (in tegenstelling tot de basic-level rehabilitatieprogramma's). Deze programma's worden idealiter aangeboden binnen een residentiële setting, door ervaren en geschoolde/getrainde behandelaars, bij voorkeur een cognitief-gedragstherapeut. Voor bepaalde groepen van patiënten (bijvoorbeeld patiënten met een hoge mate van psychopathie) wordt een vorm van pretherapie aanbevolen om de behandelbereidheid te vergroten. Binnen dit programma is zowel de inhoud als het proces belangrijk.

– High-level forensisch therapeutische programma's

Dit programma is gericht op justitiabelen met een zeer hoog recidiverisico of justitiabelen met een hoog risico op het plegen van interpersoonlijke delicten. De intensiteit van de groepsessies is gelijkaardig en deze van de mid-level programma's. Groepsessies domineren nog steeds het therapieprogramma. Individuele interventies kunnen plaatsvinden om specifieke responsiviteits- of andere problemen aan te pakken. Deze zijn echter beperkt in de tijd. Er wordt geen melding gemaakt van het aantal uren, vermits de behandeling 24/24 plaatsvindt. Naast therapiesessies is er ook sprake van algemene rehabilitatie (ergotherapie, opleiding, werk, sport, ...) waarbij de focus – naast delictgerelateerde problemen – ligt op een gezonde levensstijl. De behandeling vindt plaats in een therapeutische setting met aangepaste infrastructuur. Er is een hoge bezettingsgraad met getrainde therapeuten. Individuele sessies – beperkt in de tijd – zijn zinvol in geval van responsiviteits- of andere problemen.

De auteur raadt daarnaast zelfrapportage binnen deze setting/doelgroep overigens af. Hij stelt dat – vanwege nauwe therapeutische relatie – zorgverleners een accurate inschatting kunnen maken.

Op basis van een Delphi studie onderzochten Tapp, Warren, Fife-Schaw, Perkins en Moore (2016) wat experts belangrijk vonden binnen een high security setting. Dit waren, onder andere, patiëntgerelateerde aspecten van zorg zoals respect, keuze, ... (cf. aansluiting bij het herstelmodel), multidisciplinaire input, training en emotionele ondersteuning van personeel, inclusie van apothekers in het team en een adequate personeelsbezetting.

Effectiviteitsonderzoek naar psychologische interventies bij seksueel delinquenten is schaars en laat tegenstrijdige resultaten zien (Zie reviews van Bradford, Fedoroff, & Gulati, 2013 en Völlm, Clarke, e.a., 2018 en de meta-analyse van Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Dennis et al., 2012). De algemene conclusie lijkt wel te zijn dat er meer en betere studies nodig zijn. Hanson et al. (2009) concludeerden in hun meta-analyse dat recidivecijfers voor behandelde seksueel delinquenten lager zijn dan bij seksueel delinquenten zonder behandeling, maar dat dit effect zwakker is wanneer enkel methodologisch sterke studies worden weerhouden. Daarnaast bleek het behandel-effect groter te zijn wanneer de drie RNR-principes werden toegepast (Hanson et al., 2009). Verder lijkt er enige eensgezindheid te zijn omtrent het gebruik van farmacotherapie (Bradford et al., 2013; Völlm, Clarke, et al., 2018). Daarnaast wordt gesteld dat medicatie steeds gebruikt moet worden in combinatie met psychologische interventies (Thibaut et al., 2010; Völlm, Craissati, Grubin, & Skett, 2019). Ook de World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) ontwikkelde richtlijnen inzake de biologische behandeling van parafilieën (Thibaut et al., 2010).

Wetenschappelijke evidentie voor behandelprogramma's voor vrouwelijke daders – met betrekking tot geestelijke gezondheid als uitkomstmaat – ontbreekt (Bartlett et al., 2015). Mogelijk moeten de intensiteit en duur van het behandelprogramma meer gewicht krijgen in vergelijking met de inhoud van het programma (Bartlett et al., 2015).

Natarajan en Mulvana (2018) stellen dat, om tegemoet te komen aan de noden van oudere patiënten, andere en/of aangepaste interventies nodig zijn. Uit het onderzoek van Girardi, Snyman, Natarajan en Griffiths (2018) blijkt dat de klinische en beveiligingsnoden (volgens de HoNOS-secure) niet afnamen tijdens de behandeling bij patiënten ouder dan 55 jaar.

Met betrekking tot de manier waarop de behandeling wordt aangeboden, kan de introductie van eHealth technologie overwogen worden. In een review door Kip, Bouman, Kelders en van Gemert-Pijnen (2018) van 50 artikels werden diverse voordelen benoemd: positieve beoordeling door patiënten en therapeuten, verhoogde toegankelijkheid, aansluiting bij de noden, voorkeuren en leefomgeving van de patiënt, verwachte effectiviteit en efficiëntie, verkrijgen van unieke informatie en behandeltrouw. Nadelen hadden betrekking op een gebrek aan enthousiasme, privacy, gebrek aan interpersoonlijk contact tussen patiënt en therapeut en ongewilde negatieve gevolgen (zoals misbruik van de technologie). Effectiviteit werd echter slechts in enkele studies beoordeeld, en daarenboven enkel met betrekking tot één type van technologie. Verder onderzoek naar deze behandelmethode is dus aangewezen.

Een andere recente ontwikkeling betreft virtual reality, waarbij dagdagelijkse situaties worden gesimuleerd in een computergegeeneerde omgeving. Dit kan met name relevant zijn binnen een (gesloten) forensische context, waarbij bijvoorbeeld bepaalde risicoscenario's gesimuleerd kunnen worden om de reactie en het gedrag van de patiënt te kunnen observeren. Hoewel er een aantal voordelen verbonden zijn aan deze technologie, staat dit nog maar in de kinderschoenen en moet de betrouwbaarheid en validiteit van deze methode nog verder onderzocht worden (Kip et al., 2019).

o Best practices

In Nederland werden zes zorgprogramma's ontwikkeld die dienen als (be-)handelingskader voor organisaties, professionals en patiënten. Deze programma's geven een beschrijving van de problematiek van de doelgroep en formuleren richtlijnen inzake diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie. Het Basis Zorgprogramma geeft een overzicht van het gemeenschappelijke zorgaanbod voor alle forensische psychiatrische patiënten. Daarnaast bestaan er specifieke zorgprogramma's voor forensische verslavingszorg, psychotische stoornissen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, persoonlijkheidsstoornissen en langdurige forensisch psychiatrische zorg (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2019).

In het Engelse referentiekader wordt ook gesproken van evidence-based behandeling. Voor de low en medium securityinstellingen omvat dit onder andere de volgende zaken:

- Risicoreductie en risicomanagement via delictgerelateerde behandelprogramma's;
- Herhaalde risicotaxaties en proactieve risicomanagementstrategieën;
- Begeleide en onbegeleide uitgangen;
- Herstel- en uitkomstgerichte zorg en behandelplan binnen CPA;
- Toegang tot sociale, educatieve, vrijetijds- en werkgerelateerde activiteiten. (Beschikbaar zowel overdag als 's avonds, zeven dagen per week);

- Evidence-based psychologische behandeling voor vrouwen met betrekking tot psychose, middelenmisbruik, trauma en persoonlijkheidsstoornissen (inclusief emotioneel onstabiele persoonlijkheidsstoornissen). Delictgerelateerde behandelprogramma's focussen op delictgedrag dat met name voorkomt bij vrouwen, zoals brandstichting.

Voor de high securityinstellingen wordt specifiek gesteld dat er gespecialiseerde behandelprogramma's voorzien moeten worden, waaronder agressie-managementprogramma's, programma's met betrekking tot zedendelinquentie, brandstichting, middelengebruik, cognitieve en probleemoplossende vaardigheden. Mogelijke behandelmethodes die in het referentiekader worden genoemd zijn: cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie, schematherapie, positieve gedragsondersteuning en mentalisatie.

Meer algemeen moet de behandeling in Engeland in overeenstemming zijn met de NICE-richtlijnen.

In het referentiekader van Schotland spreekt men in algemene termen van het aanbieden van behandeling, interventies en herstelbevordering volgens best practices en de wetenschappelijke stand van zaken.

- Forensische herstelgerichte benadering

- Literatuur

Vanuit strafrechtelijk perspectief is het primaire doel om de maatschappij te beschermen door het recidiverisico zo laag mogelijk te houden. Vanuit een hulpverleningsperspectief is het doel om middels therapie te werken naar (persoonlijk) herstel. Waar aanvankelijk de focus lag op recidivebestrijding en beveiliging, vindt het herstel- en patiëntgericht denken meer en meer zijn ingang binnen de forensisch psychiatrische zorg. Patiëntgerichte zorg impliceert een focus op de noden, waarden en keuzes van de patiënt zelf (Livingston, Nijdam-Jones, & Brink, 2012). Een evenwicht tussen beide doelstellingen is echter geen sinecure, met name door bepaalde kenmerken van forensisch psychiatrische voorzieningen. Denk hierbij aan de juridische, op openbare veiligheid gerichte en paternalistische context en het feit dat behandeling gebeurt op onvrijwillige basis en voor onbepaalde duur. Empowerment en risicomangement zijn principes die haaks op elkaar lijken te staan. Patiënten die reeds geruime tijd gehospitaliseerd zijn, zijn daarenboven vaak passief geworden en ondergaan de (verplichte) behandeling zonder nog enige ambities na te streven (Turton et al., 2011). Daarnaast maken ook bepaalde persoonskenmerken – zoals het hebben van een ernstige psychiatrische stoornis, een antisociale persoonlijkheidsstoornis, non-compliance of agressief gedrag – dat de integratie van herstelprincipes een uitdaging wordt (Black, Thornicroft, & Murray, 2013; Geller, 2012; Green, Batson & Gudjonsson, geciteerd in Livingston et al., 2012). Daarnaast focust de herstelliteratuur zich met name op schizofrenie en psychotische stoornissen. Minder is geweten over de toepassing ervan bij personen met persoonlijkheidsstoornissen. De herstelbenadering benadrukt verantwoordelijkheid, maar het is onduidelijk hoe dit geïntegreerd moet worden in een forensische populatie, waar patiënten moeite hebben met of het niet willen opnemen van verantwoordelijkheid, zowel met betrekking tot hun stoornis(sen) als de gevolgen hiervan. Ook het hebben van respect voor de waarden van de patiënt is geen sinecure in geval dit antisociale waarden betreft die de kwaliteit van leven van anderen ondermijnen (Dorkins & Adshead, 2011). Herstelprincipes staan dus soms lijnrecht tegenover forensische principes. Martin et al. (2013) en Warburton (2015) stellen dat, hoewel herstelgerichte principes en behandeling van de stoornis belangrijk zijn, ze niet de primaire focus van forensische behandeling mogen zijn. Deze moet met name gericht zijn op het

verminderen van recidive en voldoen aan forensische ontslagcriteria. Nog volgens deze auteurs dient het herstelproces slechts te gebeuren na ontslag uit de forensische voorziening, in een herstelgerichte omgeving in de maatschappij. Uit onderzoek bleek echter dat het mogelijk is om herstelgerichte principes te includeren binnen een forensische context. Het betrekken van de mening van zowel patiënten als hulpverleners is daarbij een belangrijke stap richting een ‘blueprint’ voor herstelgerichte zorg (Corlett & Miles, 2010; Livingston et al., 2012; Livingston, Nijdam-Jones, Lapsley, Calderwood, & Brink, 2013).

Hoewel herstel – en hieraan gerelateerd patiëntparticipatie en kwaliteit van leven (cf. infra) – een ‘hot topic’ is binnen de forensisch psychiatrische literatuur, bestaat er geen uniforme definitie van wat dit concept concreet inhoudt (Aga & Vanderplasschen, 2016).

Simpson en Penney (2011) stellen dat herstel een multifactorieel en tevens subjectief begrip is. Dit maakt het formuleren van een uniforme definitie moeilijk. Algemene principes die benoemd worden zijn verbondenheid (‘connectedness’), hoop (‘hope’), identiteit (‘identity’), betekenis (‘meaning’) en empowerment (Leamy e.a., geciteerd in Aga & Vanderplasschen, 2016). Ook over de definitie van forensisch herstel bestaat geen consensus, al lijkt het duidelijk dat het herdefiniëren van de daders als persoon na het plegen van de feiten hierin een specifieke component is. Dit gaat over het herstel van het feit dat men een delict gepleegd heeft. Ook (de dubbele) stigmatisering en andere obstakels van de strafrechtelijke maatregel zijn een belangrijke factor (Aga & Vanderplasschen, 2016).

De intrede van het herstelgericht denken betekent ook de inclusie van andere uitkomstmaten, zoals persoonlijke, sociale en klinische resultaten (Rees, Pitcairn, & Thomson, 2018) en kwaliteit van leven (O’ Flynn, O’ Regan, O’ Reilly, & Kennedy, 2018). Pouncey en Lukens (2010) beschrijven herstel als “not as an intervention or endpoint, but rather as a set of values and aims that constitute a treatment ideology” (p. 96).

Het belang van een herstelgerichte visie blijkt ook het feit dat zowel patiënten als hulpverleners belang hechten aan uitkomstmaten anders dan recidive om de mate van succes te bepalen. Hierbij wordt er belang gehecht aan een normaal, zelfstandig, compliant, gezond en betekenisvol leven (Livingston, 2018).

In een aantal onderzoeken werden patiënten zelf bevraagd over wat voor hun belangrijke herstelthema’s zijn. Hieruit kwamen de volgende thema’s naar boven:

- Toekomstperspectief hebben (McKeown, Jones, Foy, et al., 2016; Turton et al., 2011): Hieraan gerelateerd is hoop (Clarke, Lombard, Sambrook, & Kerr, 2016; Long, Knight, Bradley, & Thomas, 2012; Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou, & Wright, 2010; Shepherd, Doyle, Sanders, & Shaw, 2016). De onbepaalde duur van de maatregel kan echter gevoelens van hopeloosheid teweegbrengen (Nijdam-Jones, Livingston, Verdun-Jones, & Brink, 2015)
- Herstel als proces (Pollak, Palmstierna, Kald, & Ekstrand, 2018; Turton et al., 2011): Tijd is hierbij een belangrijk aspect is (Mezey et al., 2010). Tijd zorgt ervoor dat patiënten kunnen profiteren van behandeling, medicatie, regels, routines en activiteiten op de afdeling. Tijd zorgt er ook voor dat er vertrouwensrelaties uitgebouwd kunnen worden, niet enkel met de zorgverleners maar ook met medepatiënten. Tot slot hing tijd ook samen met hoop op een betere toekomst (Pollak et al., 2018). Herstel wordt door de patiënt zelf beschreven als een dynamisch proces, in essentie bestaande uit drie fasen. De eerste fase betreft de hoog risico fase waarbij patiënten allerlei negatieve emoties ervaren zoals chaos, angst,

onmacht en hopeloosheid. In deze fase is het daarom belangrijk dat de verpleging aandacht besteedt aan deze angsten en de patiënt hierin bijstaat. Ook een veilige omgeving is cruciaal in deze fase. In de tweede fase wordt een keerpunt ervaren, waarbij patiënten zich gedwongen voelen om verandering te brengen in de situatie en zelfreflectie zijn intrede doet. De laatste fase is de herstelfase, waarbij acceptatie en positieve gevoelens zoals zelfvertrouwen op de voorgrond staan. De relationele dimensie is belangrijk in deze fase: het hebben van positieve relaties met zowel personeel als een extern netwerk (Olsson, Strand, & Kristiansen, 2014).

- Verbondenheid: relaties met anderen en contact met de buitenwereld (bijvoorbeeld via werkgerelateerde en vrijetijdsactiviteiten buiten de voorziening) (Clarke et al., 2016; McKeown, Jones, Foy, et al., 2016; Nijdam-Jones et al., 2015; Shepherd et al., 2016; Shepherd, Sanders, & Shaw, 2017; Turton et al., 2011). Niet enkel zelfacceptatie, maar ook acceptatie door de buitenwereld (bijvoorbeeld slachtoffers en familie) is belangrijk. Het gaat hier over het dubbele stigma (stoornis én delict) dat een barrière is voor herstel, waarbij het delict eerder dan de stoornis als grootste barrière wordt ervaren. Daarom is het van belang om de patiënt te ondersteunen in het leren accepteren van hun verleden (Mezey et al., 2010). Het belang van positieve therapeutische relaties en sociale hulpbronnen, gebaseerd op wederzijds vertrouwen, tolerantie en begrip, zijn des te belangrijker voor vrouwelijke patiënten, die vaak een traumatisch verleden kennen (Parkes & Freshwater, 2012). Ook contacten met medepatiënten vallen onder deze noemen. Deze relaties werden door Vlaamse medium security geïnterneerden zowel positief (ondersteuning, gezelschap) als negatief (drukke, stressvol, chaotisch in geval van grote groepen met verschillende pathologieën) ervaren (To, Vanheule, De Smet, & Vandevelde, 2015).
- Betrokken worden bij het (gedeeld) behandelplan (Ayres, Fegan, & Noak, 2014; Turton et al., 2011): Inspraak in de behandeling, behandeling waarbij verantwoordelijkheid en autonomie benadrukt wordt (Turton et al., 2011). Personeel moet weten wat belangrijk is voor de patiënt in kwestie, hiernaar handelen en waar mogelijk samenwerken om verandering te bevorderen. Dit behelst ook therapie sessies op maat (Barnao, Ward, & Casey, 2015). Patiënten willen tevens op de hoogte zijn van hun eigen zorgplan en duidelijkheid hebben omtrent de stappen die nodig zijn om vooruitgang te boeken (Barnao et al., 2015). Ze hebben nood aan inzicht in/informatie over hun stoornis en medicatie (Mezey et al., 2010). Daarnaast is ook de behandelprogrammering belangrijk (Long, Knight, et al., 2012). Dit gaat over het plannen van behandel sessies (stabiliteit in sessies zonder al te veel wijzigingen, timing van ontslag, nazorg), motiveren voor behandeling (beloning, vooruitgang boeken, duidelijke regels), snelheid en timing van de behandeling (op hun eigen tempo, wanneer ze er klaar voor zijn) en nadruk op zowel fysieke als geestelijke gezondheid (inclusief correct gebruik van medicatie).
- Communicatie en positieve relaties met zorgverleners (Ayres et al., 2014; Barnao et al., 2015; Ferrito, Vetere, Adshead, & Moore, 2012; Long, Knight, et al., 2012; McKeown, Jones, Foy, et al., 2016; Mezey et al., 2010; Nijdam-Jones et al., 2015; Pelto-Piri, Wallsten, Hylén, Nikban, & Kjellin, 2019; Turton et al., 2011): Patiënten willen hierbij respectvol behandeld worden. Tijd nemen om te praten, luisteren, acceptatie, begrip, empathie, emotionele ondersteuning, loven en aanmoedigen zijn sleutelwoorden hierin (Barnao et al., 2015). Dit veronderstelt volgens Pelto-Piri et al. (2019) een adequate personeelsbezetting. Eensgezindheid binnen het team en een stabiele teamsamenstelling (geen groot

personeelsverloop) bleek tevens belangrijk (Barnao et al., 2015; Long, Knight, et al., 2012). Vlaamse medium security geïnterneerden gaven aan de relatie met personeel belangrijk te vinden, een relatie die vaak als ambivalent werd omschreven (To et al., 2015). Ze gaven tevens aan dat ze het belangrijk vonden om vertrouwen en verantwoordelijkheid te krijgen. Het gevoel dit vertrouwen gekregen te hebben was het sterkst in de laatste fase van de behandeling.

- Ook verpleegkundigen zelf gaven het belang aan van de interactie tussen de patiënt en de verpleegkundige (Salzmann-Erikson, Rydlo, & Wiklund Gustin, 2016). Zo werd aangegeven dat het belangrijk is de persoon te kennen, onafhankelijk van zijn/haar stoornis en delict(en) via het opbouwen van een informele en vertrouwensrelatie. In dit verband werd een aantal strategieën benoemd om dit te bewerkstelligen, zoals het leren kennen vanuit “de sofa” (small talk), zelf initiatief nemen tot contact en dingen samen doen (Gildberg, Bradley, Fristed, & Hounsgaard, 2012; Salzmann-Erikson et al., 2016). In het onderzoek van Salzmann-Erikson et al. (2016) werd tevens het belang benadrukt op het maken van een verschil en het boeken van vooruitgang. Uit de studie van Gildberg et al. (2012) bleek daarnaast dat de informele en vertrouwensrelatie tussen patiënt-zorgverlener als basis dient om gedragscorrigerend op te kunnen treden. Dit dient bovendien niet patriarchaal te gebeuren, maar ondersteunend. Bovenstaande aspecten stemmen overeen met de visie van de patiënt zelf. Gildberg, Elverdam en Hounsgaard (2010) maakte een overzicht van de literatuur met betrekking tot karakteristieken van zorgverleners die belangrijk zijn bij de interactie met de patiënt.
- Ontwikkelen van een positief zelfbeeld, zelfvertrouwen, zelfcontrole en zelfacceptatie (Barnao et al., 2015; Clarke et al., 2016; Mezey et al., 2010; Turton et al., 2011).
- Vrijheid (Clarke et al., 2016) en autonomie (Barnao et al., 2015; McKeown, Jones, Foy, et al., 2016): Dit gaat over tijd buiten de (beveiligde) afdeling, maar ook vrijheid op de afdeling zoals toegang tot de eigen kamer, koffiemachine, ... Uit een bevraging van medium security geïnterneerden naar hun ervaringen bleek dat patiënten de regels vaak als stressvol, kinderachtig, te streng, te rigide en niet geïndividualiseerd ervoeren. Gebrek aan controle was het meest prominent op vlak van geld, seksualiteit, toegang tot eigen kamer en het vragen van toelating voor alles aan het personeel (To et al., 2015).
- Gevoel van veiligheid (Long, Knight, et al., 2012; Shepherd et al., 2016): Dit kan gerealiseerd worden door de fysieke omgeving (materiële veiligheid), maar ook via relaties met zorgverleners (relationele veiligheid), duidelijke grenzen en een de-escalatiebeleid. Uit de studie van Mezey et al. (2010) bleek dat patiënten controle en een gebrek aan keuze niet per definitie als negatief ervoeren. Ze zagen de afdeling vaak als een veilige haven, waar ze geen druk of verantwoordelijkheid ervaren vanuit de buitenwereld. Anderzijds bleek uit de patiëntenbevraging door To et al. (2015) dat patiënten een continue druk voelden om het goed te doen uit vrees om teruggestuurd te worden naar de gevangenis. Het feit dat veel (huishoudelijke) taken worden overgenomen binnen de residentiële zorg – denk aan koken, poetsen, wassen – stimuleert de onafhankelijkheid van patiënten niet en verlaagt zelfs de motivatie om onafhankelijk te zijn. In het verlengde hiervan bleek het ook belangrijk om sessies met betrekking tot praktische vaardigheden te linken aan de dagdagelijkse routine. Bijvoorbeeld, kooktherapie niet als losstaande sessie te zien, maar linken aan effectieve eetmomenten (Tucker, Brown, Kanyeredzi, McGrath, & Reavey, 2019). In het onderzoek van Haines, Brown, McCabe, Rogerson en Whittington (2017) bij

zowel forensische als niet-forensische patiënten had een subjectief gevoel van veiligheid een positieve impact op de therapeutische relatie. Daarnaast bleek dat sommige afdelingskenmerken een invloed hebben op dit gevoel van veiligheid. De mate van natuurlijk licht op de afdeling had een positief invloed op het veiligheidsgevoel. Een groene omgeving daarentegen was – contra-intuïtief – negatief geassocieerd met het veiligheidsgevoel. De auteurs veronderstellen dat dit een gevoel oproept van geïsoleerd te zijn, in tegenstelling tot een meer stedelijke omgeving. Ook hoge personeel-patiënt ratio's werden geassocieerd met een lager veiligheidsgevoel. Afdelingen met een hoger aantal incidenten van verbale en materiële agressie bleken dan weer een groter veiligheidsgevoel te ervaren. Mogelijk reflecteert dit niet de mate van agressie op een afdeling, maar eerder een gepaste incidentregistratie.

- Klinisch herstel (symptoomreductie) (Clarke et al., 2016; Mezey et al., 2010; Turton et al., 2011).
- Fysieke gezondheid en gezonde levensstijl (Turton et al., 2011).
- Praktische zaken zoals het verlies van inkomen en huisvesting (Turton et al., 2011).
- Aandacht voor mensenrechten (vriendelijkheid, empathie, ...). Patiënten voelden zich vaak gediscrimineerd vanwege hun stigma (Turton et al., 2011).
- Contact met peers/ervaringsdeskundigen (Turton et al., 2011).

Corlett en Miles (2010) stelden een lijst op van herstelgebieden, die belangrijk werden geacht door zowel zorgverleners als patiënten op een medium securityafdeling:

- Betekenis
- Hoop
- Persoonlijke identiteit
- Respecteren van de rechten
- Positieve relaties
- Het zelf managen van symptomen
- Persoonlijke sterkte
- Betekenisvolle activiteiten (voor de persoon zelf)
- Verbeteren van de gezondheid
- Nieuwe vaardigheden
- Zorgverleners die geven om de patiënt
- Controle en empowerment
- Basisbehoeften
- Hulp in crisissituaties
- Stigma
- Basale sociale rollen
- Zelfhulp/peer support
- Kennis
- Deel uitmaken van de maatschappij
- Spiritualiteit
- Nieuwe uitdagingen
- Richting geven aan het eigen herstel
- Positieve rolmodellen
- Intimiteit en seksualiteit

Zorgverleners op een forensische vrouwenafdeling benadrukten het belang van positieve therapeutische relaties, een gevoel van waardering en het hebben van inspraak om herstel te bevorderen (Walker et al., 2017). Ook Doyle, Logan, Ludlow en Holloway (2012) benadrukken het belang van therapeutische betrokkenheid bij het herstel- en rehabilitatieproces.

- Een ander thema dat wordt aangehaald door auteurs is ouderschap. Concreet pleiten Parrott, Macinnes en Parrott (2015) voor een creatieve aanpak om contact tussen ouder en kind te realiseren, ondersteuning door personeel bij het bespreken van hun opname en psychische stoornis, toegang tot aangepaste bezoekmogelijkheden en financiële mogelijkheden.

Er wordt gesteld dat herstelprincipes deel kunnen uitmaken van de forensische behandeling via het betrekken van de patiënt bij hun behandelplan, luisteren naar hun input (gehoord worden) en een respectvolle benadering (Papapietro, 2019). Dit wordt bevestigd in het onderzoek van Livingston et al. (2012) waar werd vastgesteld dat patiënten zich positief bejegend voelden wanneer ze betrokken werden bij besluitvorming, onafhankelijk van de mate waarin. Papapietro (2019) gaat zelfs verder door te stellen dat patiënten tijdens hun multidisciplinaire behandelplanbespreking bijgestaan moeten worden door hun advocaat, familieleden en/of andere ondersteunende personen.

Een theoretisch behandelmodel dat aansluit bij de herstelvisie is het Good Lives Model (GLM; Ward & Maruna, 2007). Binnen dit model wordt gewerkt naar persoonlijke doelen, en naar het verwerven ervan op een sociaal acceptabele manier. Het delict wordt in feite beschouwd als het bereiken van een persoonlijk doel, zij het op een illegale manier. Een van de doelen van het GLM-model is om de patiënt vaardigheden, waarden, attitudes en middelen aan te reiken om hun primaire doelen op een sociaal aanvaardbare manier te verwerven. Er wordt gesproken van minstens 10 primaire behoeftes ('primary goods'): leven, kennis, voortreffelijkheid in spel en werk, zelfstandigheid, innerlijke vrede, vriendschap, gemeenschap, spiritualiteit, geluk en creativiteit. De manier waarop deze doelen worden bereikt wordt benoemd als secundaire of instrumentele doelen. Aspecten binnen behandeling en rehabilitatie omvatten werk, dagbesteding, religieuze of culturele diensten, groeps- en individuele therapie, en kunnen gezien worden als een transitioneel instrumenteel doel, als het ware een soort van tussenstap (Barnao, Robertson, & Ward, 2010). Binnen het GLM-model staat de patiënt centraal en door te werken aan voor de patiënt zelf belangrijke doelen, wordt ook de betrokkenheid gestimuleerd. Hiermee sluit het model dus aan bij de herstelbenadering (Barnao et al., 2010).

De vraag is of GLM – waarbij de persoon eerder dan zijn stoornis of delictgedrag centraal staat – tegemoetkomt aan de verzuchtingen van de patiënten. Barnao, Ward en Casey (2016) brachten de ervaringen van vijf medium security patiënten in kaart. Bij twee patiënten werd een duidelijke verandering waargenomen wat betreft hun rehabilitatie, bij twee patiënten een eerder subtiele verandering en bij één cliënt werd geen verandering geconstateerd. De auteurs gaven meerdere redenen voor deze verschillen in uitkomst: verschillen in de mate waarin het GLM-model wordt toegepast (bv. frequentie van contact met de behandelaar), vertrouwdsheid van de behandelaar met het model en de bereidheid tot verandering bij de patiënt.

Aanbevelingen met betrekking tot het integreren van herstelprincipes in de forensisch psychiatrische zorg betreffen:

- symptoomvermindering mag niet het enige doel zijn van herstel (McLoughlin, 2011);
- betrekken van ervaringsdeskundigen (Drennan & Wooldrigde, geciteerd in Clarke et al., 2016);
- betrekken van de patiënten in alle aspecten van de behandeling (Drennan & Wooldrigde, geciteerd in Clarke et al., 2016; McLoughlin, 2011). Maar, ‘maximale keuze’ is vermoedelijk niet haalbaar binnen een forensische context. Er wordt daarom eerder gesproken van een ‘optimale keuze’ (Roberts, Dorkins, Wooldridge & Hewis, geciteerd in Clarke et al., 2016). Diverse auteurs stellen dat risicomanagement een noodzakelijke stap is in het forensische herstelproces (Ferrito et al., 2012; Mann et al., 2014)}. De patiënt is daarnaast niet steeds in staat om bepaalde herstelprincipes te hanteren, zoals empowerment of verantwoordelijkheid. Het is aan de zorgverlener om hierin de juiste ondersteuning te bieden (meer doen wanneer de patiënt minder kan, minder doen wanneer de patiënt meer kan) (McLoughlin, 2011).
- communicatie om patiëntparticipatie te realiseren (McKeown, Jones, Wright, et al., 2016);
- ‘true caring’. Hiervoor is het noodzakelijk om het perspectief van de patiënt te kennen en hier rekening mee te houden. Ook een zorgende attitude is heel belangrijk (bijvoorbeeld de patiënt niet afsnauwen omdat de zorgverlener een slechte dag heeft). Daarnaast moet de patiënt zelf leren, in plaats van een corrigerende houding aan te nemen (Hörberg, 2015, 2018).
- autonomie waar mogelijk. Patiënten mogen beslissingen maken, maar niet betrekking tot alle aspecten van hun behandeling (Geller, 2012).
- patiënten moeten vanaf het begin betrokken worden bij het bepalen van de statische en dynamische risico’s. Daarnaast is het ook van belang hun praktische hulp te bieden zodat de patiënt controle kan behouden. Doorheen de behandeling blijft de patiënt betrokken via participatie aan teambesprekingen/behandelplanbesprekingen (Hillbrand, Young, & Griffith, 2010; McLoughlin, 2011).

Ondanks de grote aandacht voor een herstelgerichte aanpak, werd de effectiviteit hiervan tot nog toe niet aangetoond (Livingston, Nijdam-Jones, Lapsley, et al., 2013). Er zou wel evidentie zijn voor het feit dat het integreren van de herstelgerichte aanpak in forensische settings behandelengagement kan vergroten (Gudjonsson, Savona, Green & Terry, geciteerd in Clarke et al., 2016).

o Best practices

In Engeland moeten alle voorzieningen, ongeacht beveiligingsniveau, herstelgericht werken. Binnen de low en medium securityvoorzieningen worden vijf uitkomstdomeinen vooropgesteld: (1) vroegtijdig sterven vermijden, (2) kwaliteit van leven verbeteren, (3) herstel van een psychische stoornis of fysiek letsel ondersteunen, (4) ervoor zorgen dat personen een positieve ervaring hebben met zorg en (5) behandeling en zorg bieden binnen een veilige omgeving. De patiënt moet aangespoord worden om zoveel mogelijk verantwoordelijkheden op te nemen (voor zover verantwoord) en moeten betrokken worden bij beslissingen die zichzelf betreffen (MDT-meetings, CPA-review, CTR-meetings, risicotaxatie en andere relevante vergaderingen). Het behandel- en zorgplan moet toegankelijk en begrijpelijk zijn voor de patiënten. Ze gaan zelfs verder door te stellen dat de patiënt op alle niveaus van de

zorg betrokken moet worden. Zeer concreet wordt er voor de low en medium securityvoorzieningen gevraagd naar het percentage patiënten met een verbeterde HoNOS-score bij ontslag. Binnen het referentiekader voor high securityvoorzieningen wordt gesteld dat patiënten toegang moeten hebben tot hun patiëntendossier (waarbij bepaalde informatie gecensureerd kan worden).

In het Verenigd Koninkrijk werd het ‘Implementing Recovery through Organisational Change’ (ImROC) geïmplementeerd, een programma om herstel en welzijn te ondersteunen.

Een wetenschappelijk onderbouwde interventie is de Wellness Recovery Action Planning (WRAP; Copeland, 1999). Dit is een zelfmanagement instrument dat niet diagnosegebonden is. Het wordt opgesteld met ondersteuning van getrainde ervaringsdeskundigen. WRAPs worden reeds gebruikt binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, Amerika, Ierland, Schotland, Nieuw-Zeeland, China, Japan, Nederland en Duitsland (Aga, 2017), maar ook binnen forensische settings vinden ze ingang (bijvoorbeeld The Orchard Clinic in Edinburgh, UK of de Woenselse Poort in Eindhoven, Nederland; Aga & Vanderplasschen, 2016)

Binnen de Broadmoor high securityinstelling werden twee interventies opgezet om herstel te bewerkstelligen. Er vond een training plaats voor personeelsleden en ‘Wellness Recovery Action Plans’ (WRAPs) werden geïmplementeerd. De WRAP is een instrument voor herstelgerichte ondersteuning. Een pre- en postmeting lieten een lichte verbetering zien in de perceptie van patiënten over de integratie van herstelprincipes. Bij personeel werd echter een minder positieve attitude ten aanzien van de herstelbenadering vastgesteld, die mogelijk te wijten was aan een reorganisatie ten tijde van het onderzoek (Ayres et al., 2014).

Binnen het Schotse referentiekader wordt er niet expliciet melding gemaakt van herstel, maar de normen dateren van 2005.

- Structuur en grenzen bieden (opbouwen van vaardigheden, waar in een beveiligde omgeving ruimte gelaten wordt voor inoefenen en falen)

- Literatuur

‘Limit setting’ is een veel gebruikte therapeutische techniek, die in essentie gaat over het aangeven van grenzen met betrekking tot niet-acceptabel gedrag. Bij een incorrecte toepassing kan deze techniek echter ook contraproductieve effecten hebben. Daar om is het belangrijk dat een empathische interpersoonlijke stijl wordt gehanteerd, waarbij men luistert naar de patiënt en probeert te begrijpen waar het ongewenste gedrag vandaan komt. Daarnaast is ook een gezaghebbende (doch geen autoritaire) stijl essentieel. Dit gaat over eerlijkheid, respectvolle benadering, consistentie en geïnformeerd zijn over/kennis hebben over de (pathologie van de) patiënt (Maguire, Daffern, & Martin, 2014).

- Contextueel werken (met aandacht voor risicogedrag) + aandacht voor eventuele slachtoffers (schadebeperking)

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Behandeling binnen een aangepast beveiligingsniveau (materieel, procedureel en relationeel)

- Literatuur

Het is belangrijk om zicht te krijgen op de therapeutische beveiliging van de verschillende voorzieningen binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg. Via het in kaart brengen

van de individuele noden, risico's en herstelfase ten opzichte van therapeutische beveiligingsindicatoren kan een patiënt in de meeste optimale setting geplaatst worden en kunnen hiaten in het forensische landschap blootgelegd worden (Adams, Thomas, Mackinnon, & Eggleton, 2019). Therapeutische beveiliging vindt plaats op drie niveaus:

- Procedurele beveiliging heeft betrekking op het beleid en procedures met betrekking tot het controleren van bijvoorbeeld toegang, communicatie, persoonlijke bezittingen/ geld, wat bezoekers mogen meenemen, noodprocedures (bij incidenten), isolatie-, afzonderings-, en fixatiebeleid.
- Fysieke of materiële beveiliging gaat over infrastructurele beveiliging zoals hekwerk, vormgeving van het gebouw, observatiesystemen en alarmsystemen, maar ook over het onderhoud hiervan en het correct gebruik ervan door adequaat geschoold personeel.
- Relationale beveiliging omvat personeelskwesties zoals de bezetting, multidisciplinariteit, vaardigheden, therapeutisch aanbod en de therapeutische relatie tussen de zorgverlener en de patiënt.

Een invloedrijk artikel met betrekking tot deze materie is dit van Kennedy (2002).¹⁸ Zowel hij als Bartlett en Somers (2017) stellen dat relationele veiligheid het belangrijkste aspect is om een veilige therapeutische omgeving te creëren en vooruitgang te bewerkstelligen. Volgens anderen gaat het om geïntegreerde concepten, waarbij bijvoorbeeld de fysieke omgeving een voorwaarde is om relationele veiligheid te kunnen bieden (Seppänen, Törmänen, Shaw, & Kennedy, 2018). Er dient met andere woorden dus een evenwicht te zijn tussen de verschillende vormen van beveiliging. Dit is geen evidentie, vermits er binnen de forensische psychiatrie een spanningsveld bestaat tussen enerzijds risico en beveiliging en anderzijds therapeutische activiteiten (Haines, Perkins, Evans, & McCabe, 2018).

Binnen de forensisch psychiatrie bestaat het risico dat de patiënt wordt opgenomen in een te hoog beveiligingsniveau (Davoren, Byrne, et al., 2015). Om dit risico op te vangen moet bij voorkeur gebruik gemaakt worden van een instrument op basis van het gestructureerd klinisch oordeel. Hiervoor bestaan er drie instrumenten, waarvan de Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual (DUNDRUM; Kennedy et al., 2016) de meest gevalideerde is (Abidin et al., 2013; Adams, Thomas, Mackinnon, & Eggleton, 2018; Davoren et al., 2013; Davoren, Byrne, et al., 2015; Davoren, Hennessy, et al., 2015; Davoren et al., 2012; Eckert, Schel, Kennedy, & Bulten, 2017; Flynn, O'Neill, McInerney, & Kennedy, 2011; Freestone et al., 2015; O'Dwyer et al., 2011), ook in Vlaanderen (Habets, Jeandarme, & Kennedy, 2019; Jeandarme & Habets, 2019; Jeandarme, Habets, & Kennedy, 2019). De DUNDRUM-toolkit bestaat uit vier schalen, waarbij DUNDRUM-1 ondersteuning biedt bij het bepalen van beveiligingsniveau. De DUNDRUM-2 bepaalt de urgentie waarmee een opname dient te gebeuren en DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 meten verandering en de mate waarin de patiënt kan doorstromen naar een ander beveiligingsniveau.

Uit het onderzoek van Livingston et al. (2012) bleek dat hulpverleners een meer pessimistische visie hadden op de veiligheid binnen een forensisch ziekenhuis dan de patiënten zelf. Dit is een belangrijk gegeven, aangezien een gevoel van onveiligheid aanleiding kan geven tot het gebruik van een meer repressieve aanpak, wat dan weer haaks staat op een herstelgerichte aanpak.

18 Dit artikel werd – hoewel het dateert van voor 2010 – geïnccludeerd vanwege zijn relevantie en belang binnen het forensische werkveld.

Bartlett en Somers (2017) kwamen tot de conclusie dat vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten genderspecifieke noden hadden, en dat relationele veiligheid dient te worden verkozen boven fysieke veiligheid.

o Best practices

In Engeland werd de See Think Act¹⁹ (Quality Network for Forensic Mental Health Services, 2015) ontwikkeld voor de drie beveiligingsniveaus. Dit is een gids in verband met relationele veiligheid. Er wordt dieper ingegaan op vier aspecten die relationele veiligheid bevorderen: het team, andere patiënten, de interne leefwereld van de patiënten en contacten van patiënten met de buitenwereld. Voor elk aspect wordt besproken hoe het specifieke relationele aspect best gerealiseerd kan worden.

– Het team²⁰

- Grenzen: zowel onderhandelbare als niet-onderhandelbare grenzen. Deze grenzen moeten duidelijk gecommuniceerd worden naar de patiënten, inclusief de reden voor deze grenzen.
- Therapieën: betrokken zijn, patiënten helpen te begrijpen wat ze moeten doen om vooruit te geraken, zorgen dat er duidelijke uitkomstmaten geformuleerd worden die haalbaar en meetbaar zijn, zorgen dat de behandeling aansluit bij hun doelen, patiënten ondersteunen bij het oefenen van nieuwe vaardigheden, patiënten ondersteunen bij door- en uitstroom.

– Andere patiënten

- Patiëntenmix: Kennis hebben van de patiënten, aandacht voor de interacties tussen patiënten, aandacht voor het effect van een nieuwe of doorstromende patiënt.
- Patiëntendynamiek: detectie van verdacht, ongebruikelijk of abnormaal gedrag tussen patiënten, bewust zijn van de dynamiek op de afdeling en veranderingen hierin, verhuizen van patiënten indien nodig, aanmoedigen van patiënten om te spreken over het effect dat de groepsdynamiek op hen heeft, zorgen voor een 'safe space' waar verdacht gedrag gerapporteerd kan worden zonder te moeten vrezen voor vergelding.

– De interne leefwereld van de patiënt ('inside world')

- Persoonlijke wereld: erkennen dat ook patiënten goede en slechte dagen hebben, inzicht in de risico's en triggers van elke patiënt (op basis van hun geschiedenis), dit bespreken met de patiënt (inclusief hoe hiermee om te gaan), aandachtspunten communiceren bij de overdracht.
- Fysieke omgeving: zorg dat de omgeving toelaat om patiënten te observeren en de interactie aan te gaan met de patiënt, aanmoedigen van patiënten om te zorgen voor en trots te zijn op hun omgeving, identificeren van ruimtes of zaken die gebruikt kunnen worden door patiënten om anderen te domineren, bespreken van de omgeving tijdens groepsoverleg, geluid en overbevolking beperken, patiënten genoeg gelegenheid geven om de buitenlucht op te snuiven.

¹⁹ 'See' verwijst naar het opmerken van dingen die gebeuren, 'Think' verwijst naar het nadenken over de betekenis van het gedrag dat je opmerkt en 'Act' verwijst naar het handelen vooraleer het misloopt.

²⁰ 'Team' moet breed opgevat worden, en betekent iedereen die op regelmatige basis contact heeft met de patiënt. Het gaat dus niet enkel over professionele zorgverleners, maar ook over bijvoorbeeld vrienden en familie.

- Contact met de buitenwereld ('outside world')
 - Bezoekers: aanmoedigen van bezoeken die een positief effect (kunnen) hebben op het herstel van de patiënt, bezoekers voorbereiden op het bezoek, het effect van het bezoek bespreken met de bezoekers, zicht hebben op de mogelijke risico's voor patiënten en bezoekers, alert zijn op verdacht of ongebruikelijk gedrag tijdens het bezoek, reageren bij twijfel.
 - Contacten buiten de afdeling: duidelijk managementplan bij verlof of elektronisch contact, duidelijke (niet-onderhandelbare) grenzen en regels omtrent contacten buiten de afdeling, daadkrachtig reageren wanneer deze overschreden worden, zich ervan verzekeren dat de patiënten de gevolgen van ontvluchting of ontsnapping begrijpen, alert zijn voor veranderingen in het gedrag van de patiënt, alert zijn voor signalen die kunnen wijzen op ontvluchtungs- of ontsnappingsplannen.

In de normenkaders van Schotland wordt de focus enkel gelegd op fysieke en procedurele beveiliging ter beheersing van:

- het risico op ontsnapping en ontvluchting (vanuit de afdeling of tijdens vrijheden) en de mogelijke schadelijke gevolgen hiervan.
Bijvoorbeeld: beveiligde perimeter, gesloten deur, detectiesystemen.
- het risico op agressie of geweld ten aanzien van anderen;
Bijvoorbeeld: technische ondersteuning (alarmsysteem, CCTV), risicotaxatie, protocollen inzake afzondering en medicatie;
- de risico's van bepaalde zaken of middelen die mogelijk schade kunnen berokkenen (bijvoorbeeld: detectiesystemen, communicatie ten aanzien van en lockers voor bezoekers);
- het risico op delictgedrag via elektronische communicatiemiddelen Bijvoorbeeld: risico-inschatting met betrekking tot het gebruik van elektronische communicatiemiddelen voor een bepaalde patiënt.
- risico's door bewegingen van patiënten, bezoekers en personeel (bijvoorbeeld zelfbeschadiging, ontvluchting, gijzeling, agressie,...).
Bijvoorbeeld: gesloten deuren, bemande receptie, detectiesystemen (niet van toepassing voor low security).

Voor een verdieping van bovenstaande aspecten verwijzen we naar het referentiekader (Care Standards Working Group, 2005).

- **Deelname onderzoek forensische geestelijke gezondheidszorg (sectoraal of intersectoraal)**

- Best practices

In het normenkader van Engeland wordt gesteld dat de voorzieningen moeten deelnemen aan onderzoek om continue verbetering te bevorderen. Ook patiënten moeten kunnen deelnemen aan onderzoek. De voorzieningen moeten ervoor zorgen dat personeel kan deelnemen aan onderzoek zonder dat dit een invloed heeft op de zorg of werking van de voorziening. High securityinstellingen moeten met name deelnemen aan onderzoek tussen de (drie) high securityvoorzieningen onderling.

Ook in Australië wordt gesteld dat onderzoek een belangrijk onderdeel is van kwaliteitsvolle forensisch psychiatrische dienstverlening.

- Meewerken aan de ontwikkeling en wetenschappelijke onderbouw van het ondersteuningsaanbod en methodieken

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Motivatiebevorderend en aanklampend werken

Zie ook 'intake' (cf. supra).

Dit aspect is verbonden met het responsiviteitsprincipe binnen het RNR-model van Andrews en Bonta (Andrews & Bonta, 2010). Specifieke responsiviteit verwijst namelijk onder andere naar het verminderen en verwijderen van barrières met betrekking tot participatie, waaronder lage motivatie (Skeem et al., 2015). Völlm, Clarke, et al. (2018) concluderen uit hun literatuuroverzicht dat het van belang is om motivatiebevorderend te werken bij deze doelgroep. Harkins, Beech en Goodwill (2010) vonden echter geen bewijs voor een relatie tussen motivatie en seksuele recidive.

Drop-out is een bekend probleem binnen forensische settings (o.a. 31.7% drop-out binnen de Vlaamse medium security afdelingen: Jeandarme, Wittouck, et al., 2016). Daarom is het belangrijk om aandacht te besteden aan het derde RNR-principe van, het responsiviteitsprincipe: Is de patiënt klaar voor de therapie en is het therapieprogramma klaar voor de doelgroep? Om dit in kaart te brengen werd het Multifactorial Offender Readiness Model (MORM) ontwikkeld (Ward, Day, Howells, & Birgden, 2003). Redenen voor drop-out waren gerelateerd aan affectieve opwinding, vrijwilligheid en cognitieve bereidheid. Affectieve opwinding betrof het feit dat groepssessies te veeleisend waren. Eén-op één ondersteuning wordt daarom aanbevolen. Vrijwilligheid had betrekking op het feit dat patiënten de therapiesessies als weinig zinvol ervaren. Cognitieve bereidheid ging over negatieve opvattingen over zichzelf, de behandeling en de zorgverleners (Sheldon, Howells, & Patel, 2010). In dit onderzoek waren enkel patiënten betrokken die enige therapie niet hadden afgerond. Patiënten die überhaupt therapie weigerden, werden geëxcludeerd.

De zinvolheid van aanklampend werken kan ook afgeleid worden uit de resultaten van het onderzoek van Long, Dolley en Hollin (2012). Zo hadden vrouwelijke patiënten met een hogere mate van behandelvoltooiing een kortere verblijfsduur binnen een medium securityvoorziening. Uit hetzelfde onderzoek kwam naar voren dat het meerdere maanden duurde vooraleer patiënten zich engageerden voor therapie. Hieruit blijkt het belang van motivatiebevordering. De auteurs stellen een aantal initiatieven voor om engagement voor behandeling te vergroten: patiënten voorbereiden op behandeling (\approx pretherapie), inschatten van de mate waarin men klaar is voor behandeling, afstappen van de 'one size fits all' behandelbenadering door bijvoorbeeld een onderscheid te maken in diagnostische groepen (persoonlijkheidsstoornissen versus psychotische stoornissen).

Papapietro (2019) stelt procesbetrokkenheid voor ingeval de patiënt behandeling weigert. Binnen deze methode wordt één hulpverlener aangeduid die één of twee keer per week in gesprek gaat met de patiënt over zijn/haar behandeldoelen en gebrekkige participatie en op zoek gaat naar wat hem/haar motiveert om aanwezigheid en participatie te vergroten. De auteurs stellen dat dit een lang proces kan zijn (van meerdere maanden). Indien de patiënt blijft weigeren, moet in team bekeken worden of er sprake is van beperkte intellectuele capaciteiten, psychose of depressie of dat het gaat over een machtsspelletje van de patiënt. In het laatste geval wordt aangeraden de patiënt te laten "winnen", ervan uitgaande dat de weerstand uiteindelijk zal verdwijnen. De auteurs stellen bovendien dat therapie nooit geforceerd mag worden; verandering

kan slechts bereikt worden wanneer de patiënt individuele verantwoordelijkheid neemt voor zijn situatie.

- Bijzondere aandacht voor de continue opeenvolging van behandelmodules binnen de eigen voorziening

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

Vermindering van het recidiverisico is het uiteindelijke doel van elke behandeling:

- Uitgeschreven, wetenschappelijk onderbouwde visie op het verminderen van risicogedrag en het bevorderen van beschermende factoren, waarbij behandelintegriteit voorop staat

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Met een individuele vertaling van deze visie in de behandelplannen van elke patiënt (zoals bv. een behandelplanstructuur)

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- De patiënt pro-actief signalen leren herkennen (toepassen vroegsignaleringsplan)

Zie ook de norm omtrent vroegsignalering (cf. supra)

- Delictanalyse als verplicht onderdeel van het behandeltraject

- Literatuur

In het kader van het programma Kwaliteit Forensische Zorg in Nederland werd door middel van een review onderzocht 1) hoe delictanalyse wordt gedefinieerd; 2) hoe de delictanalyse wordt vormgegeven in de forensische psychiatrische zorg en 3) op welke wijze er invulling gegeven moet worden aan de delictanalyse om tot een zo goed mogelijke uniforme delictanalyse te komen (Vrinten, Keulen-de Vos, Schel, & Bulten, 2015). Artikelen omtrent delictanalyse waren echter schaars ($n = 14$) en voornamelijk geschreven door Nederlandstalige auteurs. Er kon geen uniforme definitie worden afgeleid, noch aanwijzingen worden gevonden voor de concrete inhoud of de effectiviteit van de delictanalyse. De auteurs stelden – op basis van de beperkte input – dat delictanalyse uitgaat van een procedure waarbij het delict centraal staat en waarbij het gaat over factoren die van invloed zijn op en leiden tot het plegen van een delict. Ze ontwikkelden een richtlijn met betrekking tot delictanalyse (zie bijlage 1) voor de gehele forensisch psychiatrische zorg, gebaseerd op diverse bronnen: resultaten uit het literatuur- en praktijkonderzoek, aanvullende expertmeetings, commentaarronde, patiëntinterviews en een pilotstudie.

- Best practices

In het normenkader voor de high securityvoorzieningen in Engeland wordt gesteld dat een delictanalyse de interventies met betrekking tot risico en delictgedrag moet onderbouwen.

- Hervalpreventie-traject is een fundamenteel aspect binnen de behandeling, met als doel de beschermende factoren zodanig te ontwikkelen dat de controlerende factoren kunnen worden afgebouwd.

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Streven naar versterkt vertrouwen en verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf leggen om vroegsignalering te herkennen en herval te vermijden.

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Creëren van individuele samenwerkingsverbanden via het betrekken van partners, rekening houdend met het gerechtelijk kader en de justitiële instantie, op het vlak van wonen, werk, dagbesteding, onderwijs, ... (in functie van de re-integratie van de patiënt, rekening houdend met aanwezige risicofactoren)

- Literatuur

School/werk en (prosociale) vrijetijdsbesteding zijn risicofactoren uit de Central Eight (Bonta & Andrews, 2007; Bonta et al., 2014). Met betrekking tot dagbesteding is het niet alleen van belang dat er aanbod is, maar dit aanbod moet tevens zinvol zijn en aansluiten bij de noden en wensen van de patiënten zelf (Craik et al., 2010).

Uit een bevraging van patiënten en zorgverleners in een high securityvoorziening was er overeenstemming over welke werkgerelateerde activiteiten het belangrijkste waren met het oog op toekomstige tewerkstelling. Dit betrof IT, alfabetiseringscursus, wiskunde, marketing en kunst. Er werd daarnaast aangegeven dat de activiteiten meer moesten aanleunen bij het werk in de "echte wereld": vaker dan een- of tweemaal in de week een sessie, betaald worden, ... (Völlm, Panesar, & Carley, 2014).

Talbot, Vollm en Khalifa (2017) voerden een review uit naar de effectiviteit van het aanleren van arbeidsvaardigheden en -attitudes bij daders met een psychische stoornis. Het aantal studies en de kwaliteit ervan was beperkt. De review toonde aan dat deelnemers aan dergelijke programma's meer kans hadden op een betaalde job en sneller aan het werk geraakten. Er werden geen effecten gevonden op vlak van recidive, middelengebruik of geestelijke gezondheid.

- Best practices

Het integreren van werk is gelieerd aan de herstelgedachte. In Engeland is er sinds 2014 het initiatief 'Nu-Leaf Enterprises'. Dit gaat uit van het principe 'plaatsen en dan opleiden' (in tegenstelling tot het principe 'opleiden en dan plaatsen'). Dit project biedt betaald werk aan forensische patiënten. Daarnaast bieden ze ook een lespakket aan waarbij de aandacht uitgaat naar hoe je het hebben van een psychiatrische aandoening of strafblad bespreekbaar stelt, jobmogelijkheden (die zijn toegestaan), solliciteren, ... De meerwaarde van het project blijkt uit een aantal kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Zo was er een stijgende vraag vanuit patiënten om in te stappen in het tewerkstellingsproject, was er sprake van winst en lieten patiënten zich positief uit ten aanzien van het project (Beck & Wernham, 2014).

In Engeland en Ierland legt de Quality Network for Forensic Mental Health Services (QNFMHS) op dat er minimum 25 uur per week per patiënt een aanbod moet zijn van gestructureerde activiteiten, dat bovendien elk kwartaal herzien moet worden (Rani & Mulholland, 2014). Uit onderzoek binnen het Central Mental Health Hospital in Ierland bleek dat 61% van de cliënten participeerde aan 25 uur dagbesteding per week. Met name de high securityafdelingen voldeden niet aan de voorgeschreven norm. Op basis van dit onderzoek werden tevens aanbevelingen gedaan om de participatie te verbeteren:

- Specifiek voor high securityafdelingen: diverse betekenisvolle activiteiten creëren, rekening houdend met het risico en de beperkingen van de afdelingen, zoals potplanten en plastieke hulpmiddelen, mobiele bibliotheek of bordspellen.
- De patiënt betrekken bij het opstellen van hun weekschema. Dit schema zou tevens een reflectie moeten zijn van de persoonlijke (herstel)doelen. Dit alles zou de motivatie bevorderen. Meer concreet suggereert Lang (2011) om 'therapeutische activiteiten stuurgroepen' te creëren waar zowel diverse disciplines als de patiënten zelf vertegenwoordigd zijn.
- Implementeren van een elektronische database om de mate van participatie te meten.

Voor de high securityvoorzieningen is dit criterium opgenomen in de verplichte standaarden. Concreet moeten de voorzieningen minimum 25 per week sociale, educatieve en werkgerelateerde activiteiten aanbieden die zinvol zijn voor het rehabilitatie- en herstelproces.

In de regio Abbruzzan ([Italië](#)) zijn er uitgebreide buitenactiviteiten beschikbaar zoals trektochten in bergen, theater, kerstmarkten (Di Lorito, Castelletti, Lega, et al., 2017).

- Creëren van structurele samenwerkingsverbanden minimaal op het vlak van wonen, werk, dagbesteding, onderwijs, ...

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- (JA): In geval de begeleiding of behandeling vroegtijdig dreigt te stoppen:
 - De hulpverlening informeert de justitieassistent als een stopzetting van de behandeling of begeleiding wordt overwogen.
 - Aanbeveling: de hulpverlening vraagt aan de justitieassistent om een driehoeksoverleg te organiseren om de achterliggende reden(en) te bespreken en zo mogelijk afspraken te maken die een verderzetting van de behandeling of begeleiding binnen de eigen of een andere voorziening mogelijk kunnen maken.
 - De hulpverlening neemt op vraag van de justitieassistent deel aan een driehoeksoverleg met patiënt en justitieassistent of motiveert waarom hij niet deelneemt.

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

2.4 Doorstromingstraject

- Literatuur

Ondersteuning tijdens het doorstroomproces naar een andere setting is belangrijk (George, 2014; Parkes, Pyer, Ward, Doyle, & Dickens, 2015). Deze ondersteuning kan gebeuren op de volgende manieren:

- De patiënt moet het middelpunt zijn. Hij/zij moet geïnformeerd worden over zijn ontslagplan. De communicatie moet transparant en consistent zijn en er moet een duidelijk tijds kader gegeven worden. Ook het taalgebruik is hierin zeer belangrijk, vermits patiënten aangeven bepaalde termen niet altijd goed te begrijpen.
- Informeren van de patiënt over de nieuwe setting via informatiebrochures, het team of via een bezoekje aan de nieuwe unit.
- Het relationele aspect is belangrijk. Het beëindigen van de therapeutische relatie met het huidige team en het starten van nieuwe relaties maakt patiënten soms angstig. Er moet gestreefd worden naar continuïteit, bijvoorbeeld door kennismaking met het nieuwe team en

mogelijkheden om contact te blijven houden met het voormalige team, minstens in een eerste fase na doorstroom (cf. project binnen Inforsa in Nederland; infra).

- Aandacht voor gevoelens van stigma en schaamte, bijvoorbeeld via groepsessies. Livingston, Rossiter en Verdun-Jones (2011) stellen dat ook zorgverleners een actieve rol kunnen spelen in het doorbreken van stereotypen over forensisch psychiatrische patiënten bij andere diensten (zoals werkgevers, huisbazen, ...).
- Inclusie van beschermende factoren in de risicotaxatie tijdens de ontslagfase.
- Ondersteuning door peers.

Uit bevestigingen van patiënten bleek dat bij plotse, onverwachte veranderingen sprake was van angst en (potentieel negatieve) gedragsverandering. Dit kan ook gerelateerd zijn aan – voor ons vaak banale – dagdagelijkse zaken zoals de grootte van de tv (Parkes et al., 2015). Ook Völlm, Clarke, et al. (2018) benadrukken het belang van een vlotte doorstroom.

In de literatuur werd de meerwaarde onderzocht van transitiehuizen en beschutte woonvormen. transitiehuizen slaan de brug tussen de residentiële voorziening en zelfstandig wonen in de maatschappij. Deze woonvorm is met name bedoeld voor patiënten die klaar zijn voor ontslag maar in de beginfase nog nood hebben aan ondersteuning bij dagdagelijkse taken. Zorgverleners blijven in deze fase fysiek aanwezig voor praktische en therapeutische ondersteuning. In een studie naar de ervaringen van patiënten met deze woonvorm kwamen drie thema's naar boven. De eerste was relationeel van aard. Patiënten voelden zich ondersteund door de aanwezigheid en beschikbaarheid van zorgverleners. Het tweede thema was persoonlijk van aard, waarbij patiënten aangaven dat deze woonvorm zorgde voor persoonlijke groei, zelfvertrouwen en autonomie. Het derde thema was praktisch van aard, en ging met name over ondersteuning bij de (verdere) ontwikkeling van dagdagelijkse vaardigheden (koken, administratie, ...) (Heard, Scott, Tetzlaff, & Lumley, 2019). Resultaten met betrekking tot patiënten in transitiehuizen waren positief (Cherner, Aubry, Ecker, Kerman, & Nandlal, 2014). Vijftien procent recidiveerde tijdens de 18 maanden follow-up. Wel kende iets meer dan de helft (55%) een heropname in de kliniek tijdens of na hun verblijf in het transitiehuis. Dit suggereert dat de overgang naar de maatschappij niet evident is. De auteurs stellen verder dat heropname echter een goede proactieve aanpak is om ergere problemen te voorkomen en niet per definitie een indicatie is van falen (cf. norm betrekking tot crisis- en time-out). Dit bleek uit het feit dat de meeste patiënten uiteindelijk een succesvolle terugkeer naar de maatschappij kende. De meeste patiënten gaven verder aan dat het project bijdroeg aan hun herstel via meer onafhankelijkheid, privacy, sociale contacten en verbeterde vaardigheden en toekomstperspectief. De resultaten tonen aan dat ondersteuning na ontslag belangrijk is, maar dat hierbij wel gestreefd moeten worden naar (zoveel mogelijk) onafhankelijkheid (Cherner et al., 2014).

Een grootschalige Canadese studie (met tevens een aanzienlijk aandeel vrouwen) toonde aan dat beschut wonen de kansen op een succesvolle re-integratie in de maatschappij vergroot. Forensisch psychiatrische patiënten in beschut wonen recidiveerden minder en kenden minder psychiatrische heropnames dan forensisch psychiatrische patiënten in een zelfstandige woonst (Salem et al., 2015).

Specifiek met betrekking tot doorstroom naar een niet-residentiële forensisch psychiatrische setting werden zorgverleners bevraagd over belangrijke aspecten voor een succesvolle doorstroom (Gustafsson, Holm, & Flensner, 2012). Deze betroffen:

- een goede diagnosestelling en geschikte behandeling tijdens de residentiële opname;
- een comorbide alcohol- of drugproblematiek bemoeilijkt de doorstroom/opname. Een specifieke verslavingsbehandeling tijdens de residentiële fase is daarom belangrijk.
- medicatietrouw;
- voldoen aan de basisbehoeften zoals een sociaal netwerk, dagbesteding, geschikte huisvesting en financieel management;
- samenwerking met de zorgverleners: Detecteren van de noden van de patiënt, een duidelijk en gedeeld zorgplan (inclusief duidelijkheid omtrent ieders verantwoordelijkheden en noodplannen), vroegdetectie samen met de patiënt, samenwerking tussen de verschillende instanties vóór doorstroom, aanwijzen van een contactpersoon voor de cliënt en follow-up bijeenkomsten met alle betrokken partijen.

Kennedy (2002) suggereert een aantal criteria om te bepalen wanneer doorstroom naar een minder beveiligde setting mogelijk is, namelijk op basis van de mate van stabiliteit, inzicht, therapeutische relatie en uitgangen. In de DUNDRUM toolkit, met name DUNDRUM 3 en 4, worden de doorstroomcriteria verder uitgewerkt in de vorm van een gestructureerd instrument (Kennedy et al., 2016).

- Best practices

In België is er momenteel een literatuurstudie lopende die als basis zal dienen om het referentiekader met betrekking tot de continuïteit van zorg uit te werken (Agentschap Zorg & Gezondheid, 2019).

In het Nederlandse handboek forensische zorg wordt gesteld dat ketenwerking een voorwaarde is om continuïteit van zorg te realiseren. Dit betreft een samenwerking tussen ketenpartners van de strafrechtsketen (OM, reclassering, NIFP, PI) en zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019d). Daarnaast bestaat er binnen Nederland een programma continuïteit van zorg om de overgang van forensische zorg naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg te verbeteren (Programma Continuïteit van zorg, 2017). Schaftenaar, Vogel en Clercx (2019) onderzochten de continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel via deskresearch, enquêtes en focusgroepen bij zowel professionals als patiënten. Hoewel er in Nederland diverse initiatieven zijn om de continuïteit van zorg te bevorderen, is slechts een minderheid bekend met deze programma's en producten. Het gebruik ervan ligt nog lager (4%). De meerderheid van de respondenten gaf aan problemen te ondervinden bij de continuïteit van zorg. Belangrijkste kernproblemen die werden aangegeven betroffen:

- aantal beschikbare plaatsen;
- fragmentatie van zorg: Er zijn vaak meerdere partners betrokken, zonder duidelijke taakverdeling of regievoering.
- problematische doorstroom van complexe doelgroepen (zoals zedendelinquenten, personen met een verstandelijke beperking en vrouwen): Medewerkers zijn vaak onvoldoende in staat om de patiënten te begeleiden, omwille van het feit dat ze niet bekend zijn met de doelgroep of eerder al negatieve ervaringen hebben gehad.
- samenwerking;

- scholing: Dit gaat zowel over scholing voor de start als tijdens de loopbaan. een goede voorbereiding op het forensische werk kan het hoge personeelsverloop mogelijk verminderen.
- continuïteit van informatie/risicomanagement: De kwaliteit van de overdracht blijft ondermaats en tevens een moeilijke balans met de nieuwe privacywet.

Concrete suggesties voor verbetering betroffen: Meer voorzieningen (en mogelijkheden in wetgeving) die het grote verschil tussen detentie en RIBW geleidelijk overbruggen (met controle-mogelijkheden en in beperking van vrijheden), forensische expertise in het niet-forensische veld vergroten (scholing), meer mogelijkheden voor terugplaatsing, warme overdracht, samenwerken en het oplossen van wettelijke en financiële belemmeringen. Ook het op tijd plannen van door- of uitstroom is essentieel, bij voorkeur reeds aan het begin van een behandeling. Op deze manier is er ook voldoende tijd voor een goede overdracht en kennismaking met nieuwe professionals, en kan de patiënt voldoende begeleid en geïnformeerd worden tijdens het (doorstroom)traject. Ook patiënten zelf gaven aan dat ze het gevoel hadden telkens opnieuw te moeten beginnen, dat er niet werd voortgebouwd op bestaande kennis (cf. dossieroverdracht). Ook praktische zaken werden als problematisch ervaren (zoals bijvoorbeeld het wachten op persoonlijke eigendommen). De resultaten uit bovenstaande KFZ-studie zijn in overeenstemming met deze van Gustafsson et al. (2012).

In het verplichte referentiekader is er een indicator die betrekking heeft op de continuïteit van zorg, maar dit is enkel met betrekking tot de zorg na afloop van de strafrechtelijke titel (≈ definitieve invrijheidstelling). Deze indicator is ook opgenomen in het referentiekader voor 2020.

In Engeland moeten de low en medium securityvoorzieningen aangeven (1) welk percentage patiënten ontslagen werd naar een (forensisch) ambulante of mobiel team en (2) voor hoeveel patiënten het ontslag werd uitgesteld vanwege een gebrek aan plaatsen in de maatschappij.

High securityvoorzieningen moeten reeds vroeg in het proces contacten leggen en samenwerken met anderen om doorstroom naar medium en low securityvoorzieningen en gevangnissen vlot te laten verlopen.

In Ierland zijn alle beveiligingsniveaus ondergebracht in één instelling, de Central Mental Hospital in DUNDRUM. Doorstroom binnen de forensische zorg is hier dus een interne kwestie.

Ook in de meeste deelstaten van Duitsland bestaat er één instelling waarbinnen alle beveiligingsniveaus beschikbaar zijn, waardoor doorstroom sneller en gemakkelijker kan plaatsvinden (Völlm et al., 2017). In Noorwegen is er een nauwe samenwerking tussen de residentiële forensische afdelingen en ambulante diensten tijdens de doorstroomfase. Deze samenwerking verloopt volgens een progressief stappenplan, waarbij er aanvankelijk regelmatig contact is tussen de patiënt en de ambulante zorgverleners op de forensische residentiële afdeling waar de patiënt verblijft. In een latere fase volgt het personeel van de residentiële unit de patiënt in de maatschappij (Bjørkly et al., 2019). In het onderzoek van Bjørkly et al. (2019) was er echter geen significant verschil tussen patiënten in een specifiek project (SAFE) en een controlegroep voor wat betreft het aantal patiënten met gewelddadige recidive; wel met betrekking tot het aantal en de ernst van agressiefeiten.

In Florida werd in de jaren '80 het Passageway project opgericht als tussenstap tussen een opname in een residentiële setting en de maatschappij. Het betreft een open voorziening met 24-uurs bezetting waar onder andere individuele en groepstherapie, actief casemanagement, budgetplanning, ontslagplanning en familiebegeleiding wordt aangeboden. Er gelden strikte opnamecriteria, met name om oprechte motivatie te garanderen. Het programma bestaat uit

zeven fases, gaande van beperkte privileges tot nazorg. Vanaf de start in 1982 tot 2016 werden er geen recidives met betrekking tot ernstige delicten (moord, verkrachting, brandstichting) gerapporteerd. Daarnaast was er ook geen drop-out (Melnick, 2016).

- Netwerkgedachte:

- Uitgeschreven visie op te realiseren doorstroom met opname van criteria voor patiënten waar op middellange termijn geen doorstroom mogelijk is (longstay/longcare) (zowel evaluatie van recidive-risico als evaluatie van behandeluitkomsten).

- Literatuur

Er bestaat geen uniforme definitie van longstay/longcare. In het artikel van Völlm, Edworthy, et al. (2018) werd de volgende definitie voor longstay patiënten gebruikt (niet gebaseerd op empirie):

- ≥ 10 jaar in high security;
- ≥ 5 jaar in medium security;
- ≥ 15 jaar in aaneengesloten beveiligde zorg (opname binnen zowel high als medium security).

Voor de zorg van longstay patiënten zijn enkele kernwaarden belangrijk, zoals het creëren van een stabiele omgeving die het mogelijk maakt om langdurige relaties tussen staf en patiënten aan te gaan, flexibiliteit, en focus op kwaliteit van leven, autonomie, betekenisvolle activiteiten en linken met de samenleving. Fysieke gezondheid, daginvulling en het bevorderen van welzijn in het algemeen staan hoog op de agenda voor deze groep patiënten. Staf moet in het bijzonder opgeleid worden om autonomie bij de patiënt te stimuleren in de minst restrictieve omgeving mogelijk, die kan aanzien worden als de “thuis” van de patiënt voor de komende periode (Völlm et al., 2017).

- Best practices

Völlm et al. (2017) beschrijven de definitie van longstay in diverse Europese landen. Dit werd gedaan aan de hand van een expertenbevraging binnen het project de Cooperation in Science and Technology (COST). In Italië wordt gesproken van een lang verblijf na vier jaar. In acht andere landen (Finland, Duitsland, Ierland, Letland, Polen, Slovenië, Spanje en Zwitserland) was dit tussen vier en 10 jaar. In België, Nederland en Engeland is een verblijfsduur van 10 jaar niet ongebruikelijk. Enkel in Nederland zijn er formele criteria voor een plaatsing binnen longstay. Aanvankelijk werd gesteld dat men in aanmerking komt voor een longstay afdeling wanneer de tbs-behandeling reeds minimaal zes jaar duurt (Völlm et al., 2017), maar deze cut-off werd afgeschaft in het nieuwe beleidskader.

Er werd in de voorhanden zijnde teksten geen onderscheid gemaakt tussen longstay en longcare.

In het Nederlandse beleidskader LFPZ worden instroomcriteria geformuleerd (cf. '2.1 Intake'; Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019a).

In andere landen worden soms wel longstay afdelingen voorzien, maar zonder nationale wetgeving of beleid. In het algemeen wordt minder focus gelegd op risicovermindering, maar eerder op welzijn (Duitsland), kwaliteit van leven (Engeland, Ierland en Nederland) en voorbereiding op intensieve rehabilitatie en educatieve interventies (Spanje) (Völlm et al., 2017).

In het Engelse referentiekader voor low en medium securityvoorzieningen werden een aantal indicatoren en criteria opgesteld om vooruitgang en doorstroom te beoordelen:

- Aard en ernst van psychiatrische stoornis en de relatie met risico (enkel van toepassing voor low en medium security);
- Risiconiveau ten aanzien van anderen;
- Zorgnood en nodige supervisie;
- Nood aan input van gespecialiseerde diensten of personeel;
- Nood aan delictgerelateerde therapieën;
- Mate van betrokkenheid bij de behandeling/behandelplan;
- Mate van betrokkenheid bij gestructureerde en zinvolle activiteiten;
- Stoornissen in het gebruik van drugs of alcohol.

Voor de high securityvoorzieningen werden volgende ontslagcriteria geformuleerd:

- De fysieke beveiliging/perimeter van een categorie B gevangenis²¹ (of hoger) is niet meer nodig.
- Er is geen zeer ernstig gevaar meer voor de maatschappij.
- Er is geen ernstig risico meer op ontvluchting binnen een lager beveiligingsniveau.
- De hoge mate van fysieke, relationele en procedurele beveiliging zoals voorzien in een high security is niet meer nodig.
- Hoewel er wordt gesteld dat voorzieningen moeten samenwerken om de doorstroom efficiënt en vloeiend te laten gebeuren, wordt anderzijds gesteld dat de doorstroom tussen voorzieningen zo beperkt mogelijk moet worden gehouden om de continuïteit van zorg te garanderen.

○ Mogelijkheid tot outreach

– Best practices

In een Nederlandse voorziening (Inforsa) wordt gewerkt via het concept 'Duurzame verbinding', waarbij persoonlijk contact ook na het verblijf of de begeleiding wordt voortgezet. Hierdoor is niet alleen de continuïteit van zorg gegarandeerd, maar ook de continuïteit van relaties. Uit onderzoek naar de effectiviteit van deze methode blijkt dat patiënten die relationele zorg kregen minder recidiveerden dan patiënten die 'treatment as usual' kregen (Schaftenaar et al., 2018). Binnen het kader van het programma Kwaliteit Forensische Zorg werd hierover een rapport geschreven (Schaftenaar & Outheusden, 2019).

○ Indien nodig mogelijkheid tot heropname en/of afspraken omtrent crisis- en time-out opname

– Literatuur

Uit onderzoek blijkt dat het traject na doorstroom naar een minder beveiligde setting vaak moeilijk verloopt. Dit heeft meerdere oorzaken: frustratie, angst en/of onzekerheid. Doorstroom is vaak een lang proces (onderhandelingen, beoordeling door de vervolgvoorziening, goedkeuring van Justitie), patiënten belanden vaak op een wachtlijst en het creëert onzekerheid door het verdwijnen van de vertrouwde structuur en de band met begeleiding. Een van de copingmechanismen die patiënten hierbij hanteren is om problematisch gedrag te stellen zodanig dat ze worden teruggestuurd. In Engeland is een proefperiode van maximaal 1 jaar mogelijk (Section 17 Mental Health Act). Tijdens deze proefperiode kunnen time-outs/crisisopnames gerealiseerd worden binnen de oorspronkelijke voorziening (Adshead et al., 2017). Binnen een high securityvoorziening in Engeland

²¹ Gesloten gevangenis voor degenen die een risico vormen voor de maatschappij, maar geen maximum security nodig hebben. Ontvluchting moet echter nog steeds ten alle tijde vermeden worden.

werd een project opgezet om patiënten die op korte termijn doorstromen te ondersteunen. Uit onderzoek blijkt dat personen die aan deze doorstroomsessies deelnamen, minder snel werden teruggestuurd na doorstroom, hoewel dit verschil niet significant was (Adshead et al., 2017).

Gowensmith et al. (2016) pleiten voor een systeem dat kort op de bal kan spelen en interveniëren waar nodig, met snelle, korte crisisopnames.

– Best practices

In Nederland kan een tbs-patiënt tijdens transmuraal of proefverlof teruggeplaatst worden in de kliniek indien hij/zij bijvoorbeeld voorwaarden overtreedt.

In Italië kan een patiënt in crisisgevallen onmiddellijk overgebracht worden naar een acute opname-afdeling binnen een regulier psychiatrisch ziekenhuis (Di Lorito, Castelletti, Lega, et al., 2017).

- De doorverwijzende instantie gaat in gesprek met andere voorzieningen of afdelingen (informatieverzameling + afstemming)

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- De doorverwijzende instantie voert een screening uit met oog op behandeling binnen de juiste setting(s) (binnen het netwerk)

- Literatuur

Hier kan gedacht worden aan de aanwezigheid van factoren die de kans op succes na doorstroom vergroten. Zo bleek een succesvolle re-integratie geassocieerd te zijn aan het hebben van een uitkering, afwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis en minder incidenten tijdens behandeling (Manguno-Mire, Coffman, DeLand, Thompson, & Myers, 2014).

Uit onderzoek blijkt dat clinici uiteenlopende methoden gebruiken en verschillende factoren belangrijk vinden om te bepalen wanneer een patiënt klaar is om terug te keren naar de maatschappij. Ook verschillen zij van mening over wat verstaan moet worden onder succesvolle re-integratie (bijvoorbeeld geen recidive, geen heropname, geen herval in klinische pathologie) en baseren ze zich op uiteenlopende tijdsperiodes (gaande van één maand tot vier jaar; Gowensmith, Bryant, & Vitacco, 2014). Daarnaast verschillen de factoren afhankelijk van het beveiligingsniveau (Martin & Martin, 2016). Deze bevindingen ondersteunen mede de voorkeur voor het gebruik van een gestructureerd instrument. Via de DUNDRUM kan bepaald worden wanneer doorstroom naar lagere (of hogere) beveiligingsniveaus mogelijk (of noodzakelijk) is.

Niet enkel doorstroom naar andere settings is van belang, ook de continuïteit met betrekking tot interne mutaties moet gegarandeerd worden. Patiënten in een Engelse studie gaven namelijk aan dat ze zich niet meer verbonden voelden met het zorgteam bij mutaties (Tucker et al., 2019).

- De doorverwijzende instantie maakt een inschatting van de veiligheidsbehoefte en een inschatting van de nood aan forensische categorale zorg

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- De doorverwijzende instantie geeft het dossier van de patiënt door voor de intake, minimaal met aanvulling van:

- Best practices

In de nieuwe Wet forensische zorg (Nederland) is er een wettelijke grondslag voor het uitwisselen van volgende gegevens (artikel 2.6 WFZ):

- Persoonsidentificerende nummers die bij afwezigheid van een strafrechtkenummer worden verwerkt;
- Persoonsgegevens die het openbaar ministerie aan de reclasseringsinstelling verstrekt ten behoeve van het toezicht;
- Persoonsgegevens inzake de behandeltrouw die de zorgaanbieder aan het openbaar ministerie, de reclasseringsinstelling, de tbs-instelling, of de penitentiaire inrichting verstrekt;
- Persoonsgegevens uit het strafdossier die het openbaar ministerie verstrekt aan de tbs-instelling ten behoeve van de verpleging en de behandeling van de ter beschikking gestelde.

In Engeland moeten de high securityvoorzieningen beschikken over protocollen om het delen van klinische informatie met andere organisaties mogelijk te maken. Een multidisciplinaire overdracht bij ontslag moet gedeeld worden. Specifieke informatie die gedeeld moet worden:

- ‘Current outcomes, plans and progress’ of gelijkaardige documentatie;
- Documenten met betrekking tot de laatste CPA-evaluatie;
- Meest recente risicotaxatie en managementplan (cf. infra);
- Overzicht van de huidige medicatie en fysieke zorgnoden.

- Risicotaxatie (overzicht van risico- en beschermende factoren en plan van risicomangement)

Cf. supra

- (Vroeg)signaleringsplan

Cf. supra

- Er moet een beleid zijn, waarin wordt opgenomen welke informatie met wie gedeeld wordt binnen de eigen voorziening

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Altijd in samenspraak met de patiënt, anders argumentatie nodig

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Aanbeveling: geüniformiseerd ontslagdocument

Cf. supra inzake best practices in Engeland.

- Minimaal: 1x overleg met de verwijzende en ontvangende voorziening samen met de patiënt (aanbeveling: inclusief context van de patiënt)

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Aanbeveling: casusbespreking binnen een netwerk internering of GGZ voor problematische doorstromingstrajecten

- Best practices

In de praktijk blijkt dat 90% van de plaatsingen in Nederland door de plaatsende instanties probleemloos verloopt. Soms ontstaan er knelpunten waar de plaatsende instantie en de zorginstelling zelf niet uitkomen. Dan heeft het Ministerie van Veiligheid en Justitie, als eindverantwoordelijke voor plaatsing, de bevoegdheid om te interveniëren en te bemiddelen om zo toch tot een plaatsing te komen. De uitvoering daarvan ligt bij het Forensisch Plaatsingsloket. Het achterliggende doel van deze interventie is dat een patiënt bij de juiste zorgaanbieder wordt geplaatst (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019b). Het Forensisch Plaatsingsloket:

- regisseert het plaatsingsproces;
- bemiddelt in de keten;
- bedenkt creatieve en snelle oplossingen voor eventuele knelpunten, samen met ketenpartners;
- informeert ketenpartners over ontwikkelingen bij de zorgaanbieders;
- beantwoordt vragen over de financiering;
- beantwoordt vragen over forensische zorg;
- maakt als laatste redmiddel gebruik van haar doorzettingsmacht.

2.5 Stopzetting behandeling

De mogelijkheid bestaat om een behandeling stop te zetten. De stopzetting van het verblijf van de patiënt kan enkel in overleg met de justitiële instanties overeenkomstig het toepasselijk wettelijk kader en met het oog op het waarborgen van continuïteit en veiligheid.

- Best practices

Eén van de criteria in het Nederlandse referentiekader heeft betrekking op het percentage patiënten dat voor het einde van de strafrechtelijke titel eenzijdig (tegen het advies van de behandelaar of begeleider) zijn behandeling of begeleiding beëindigd heeft gedurende het verslagjaar of waarvan de behandelaar/begeleider voor het einde van de strafrechtelijke titel heeft besloten de behandeling of begeleiding te beëindigen, omdat de patiënt niet meewerkt aan de behandeling/begeleiding of zich niet heeft gehouden aan de gestelde voorwaarden (indicator 6; cf. supra). De zorgaanbieder moeten dus rapporteren hoeveel behandelingen eenzijdig (door patiënt of behandelaar/begeleider) werden stopgezet, ten opzichte van het totaal aantal beëindigingen. Deze indicator gold enkel voor de settings klinische zorg overig, ambulante behandeling en beschermd wonen/ambulante begeleiding, en mocht maximaal 33% bedragen. Dit criterium is niet meer van toepassing in 2020.

In het Handboek forensische zorg wordt vermeld dat er bij voorwaardelijke sancties verschillende situaties zijn waarbij de plaatsing mogelijk vroegtijdig wordt beëindigd. Bijvoorbeeld wanneer de justitiabele niet meewerkt aan de behandeling en zelf de kliniek wil verlaten of wanneer de zorgaanbieder naar aanleiding van ongewenst gedrag van de justitiabele de behandeling niet voort wil zetten. Hierbij is het ongewenst dat de justitiabele zonder enig overleg de kliniek kan verlaten. Dit geldt ook voor verblijfszorg. In dit soort gevallen neemt de zorgaanbieder contact op met de toezichthouder van de reclassering. Zonder toestemming van de toezichthouder kan

de zorgaanbieder geen besluiten ten aanzien van het vroegtijdig beëindigen van de zorg nemen. Wanneer de zorgaanbieder en toezichthouder samen akkoord zijn dat de behandeling bij de zorgaanbieder gestopt moet worden, kan na overleg met het NIFP een nieuwe indicatie worden aangevraagd ten behoeve van een overplaatsing. Indien de afdeling Klinisch plaatsen geen meerwaarde ziet in de overplaatsing, wordt de casus ter beoordeling voorgelegd aan het forensisch plaatsingsloket. De justitiabele blijft bij de huidige zorgaanbieder totdat een nieuwe plaatsing is georganiseerd (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019d).

- (JA): in geval de begeleiding of behandeling vroegtijdig stopt:
 - De hulpverlening informeert de justitieassistent schriftelijk over de reden van de beslissing en geeft hierbij een advies voor een alternatief binnen het eigen of een ander netwerk internering/netwerk GGZ. Tenzij een alternatief binnen de hulpverlening niet aangewezen of tegenaangewezen is.
 - Op vraag van de justitieassistent neemt de hulpverlening deel aan een driehoeksoverleg met patiënt en justitieassistent of motiveert waarom hij niet deelneemt.

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

3 Interne rechtspositie

De patiëntenrechten, die werden vastgelegd in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, moeten gerespecteerd worden, ook in de forensische zorg. In sommige residentiële categorale voorzieningen is dit niet steeds evident, o.a. omwille van het bestaande spanningsveld met de justitiële voorwaarden en gevolgen.

We bereiden een wettelijk initiatief voor waarin de interne rechtspositieregeling met o.a. een beleid met betrekking tot seksualiteitsbeleving, specifiek binnen een forensische setting, zal uitgeschreven worden.

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

4 Familie/context

Het betrekken van familie en de ruimere context is in de forensische zorg essentieel, en dit tijdens het volledige behandeltraject, maar zeker ook in het kader van de resocialisatie van de patiënt. Momenteel is het echter nog te vroeg om specifieke forensische bepalingen op te nemen in dit referentiekader omdat er vanuit de Vlaamse overheid, in samenwerking met het Familieplatform en het Steunpunt WVG, gewerkt wordt aan de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor het betrekken van de context in de geestelijke gezondheidszorg. Deze MDR is bedoeld voor de gehele Vlaamse geestelijke gezondheidssector en dit voor zowel kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen. Pas na de ontwikkeling van deze richtlijn kan er nagegaan worden of er binnen de forensische zorg aanvullingen/aanpassingen nodig zijn.

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

5 Medewerkers

- De normen qua personeelsbezetting moeten minimaal worden opgevolgd

- Literatuur

Deze norm is een onderdeel van relationele veiligheid, volgens Kennedy (2002) de belangrijkste parameter van veiligheid. Zorgverleners gaven aan dat positieve communicatie en ondersteuning tussen personeelsleden onderling, een multidisciplinaire werking, adequate personeelsbezetting, een consistente aanpak en het begrijpen/kennen van patiënten en hun triggers essentieel zijn voor een goede relationele veiligheid. Daarnaast was het inzetten van interimkrachten volgens hun nefast voor de therapeutische relatie (Walker et al., 2017).

Binnen longstay afdelingen is volgens Kennedy (2002) doorgaans een lagere personeelsbezetting nodig, hoewel niet gespecificeerd wordt wat deze bezetting zou moeten zijn.

Uit het onderzoek van Tema, Poggenpoel en Myburgh (2011) blijkt de nood aan voldoende mannelijke verpleegkundigen. Niet alleen het geslacht lijkt belangrijk, ook het inzetten van personeel met diverse etnische achtergronden kan een meerwaarde zijn (Durey, Wynaden, Barr, & Ali, 2014).

In Engeland bestaan er specifieke afdelingen voor oudere patiënten. Vanwege de hoge mate van gedragsproblemen (bijvoorbeeld door personen met dementie) is hier een hoge bezettingsgraad vereist (Natarajan & Mulvana, 2018). Patiënten zelf gaven ook aan dat personeelsbezetting een belangrijk aspect, waarbij onderbezetting (maar ook een groot personeelsverloop) een negatieve invloed heeft op de afdelings sfeer (Di Lorito, Dening, & Völlm, 2018).

- Best practices

Het vergelijken van het aantal fte's in de diverse landen is geen sinecure. Ten eerste is bestaat er een differentiatie op vlak van beveiligingsniveau. Ten tweede is het niet steeds duidelijk welke disciplines meegenomen worden. Bijvoorbeeld een staff-to-patient ratio van 1:1 kan betrekking hebben op het feit dat er tegenover elke patiënt één verpleegkundige wordt gezet, maar het kan ook betrekking hebben op de voltallige equipe (psychiater, psycholoog, criminoloog, verpleegkundigen, ...).

In tabel 8 wordt de (gevonden) personeelsbezetting per land weergegeven. Waar mogelijk wordt aangegeven over welke setting of discipline (personeel) het gaat.

Het Butler Comité in Engeland stelde aanvankelijk een patiënt/verpleegkundige ratio voorop van 1:1. In de eerste versie van richtlijnen voor medium security afdelingen werden aanbevelingen geformuleerd met betrekking tot de personeelsbezetting (The Royal College of Psychiatrists, 2007). Later werd dit vervangen door een loutere vermelding van een multidisciplinaire omkadering van forensisch psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en ergotherapeuten (Bergman-Levy, Bleich, Kotler, & Melamed, 2010). Specifiek met betrekking tot de doelgroep met een persoonlijkheidsstoornis binnen de low en medium securityvoorzieningen in Engeland moet er volgens het referentiekader continuïteit en consistentie zijn in het personeelsbestand, ook tijdens doorstroomfases (van en naar andere voorzieningen). Dit wordt ook wel "warme overdracht" genoemd.

In het artikel van Kennedy (2002) wordt de personeelsbezetting van medium security afdelingen in Londen in kaart gebracht. De cijfers voorzien in de tabel betreft de gemiddelde personeelszetting, maar ook de minimum- en maximumbezetting wordt in het artikel weergegeven. Hij stelt verder dat de verhouding verpleegkundige-patiënt doorgaans lager ligt voor grotere afdelingen, aangezien de ontslagafdelingen minder relationele veiligheid behoeven. Grotere afdelingen hebben daarnaast wel een hogere ratio psycholoog-patiënt, wat kan wijzen op goed georganiseerde gespecialiseerde behandelprogramma's. Longstay afdelingen beschikken doorgaans over minder relationele beveiliging (lagere personeelsbezetting).

In het referentiekader van Schotland wordt ook meer algemeen gesteld dat organisaties voldoende personeelsbezetting en vaardigheden moet hebben om effectieve behandeling te kunnen bieden in een veilige omgeving.

De staff-to-patient ratio in Noorwegen is 5:1 voor high security voorzieningen en 3:1 in medium security afdelingen (Bjørkly et al., 2019). Het is onduidelijk welke disciplines hierin worden opgenomen.

Tabel 4 Personeelsbezetting per land

Land	FTE per bed	Personeelsgroep	Setting	Referentie
Italië	0.9			(Di Lorito, Castelletti, Lega, et al., 2017)
Nederland	1.1	Verpleegkundigen, opvoedkundigen en verzorgenden (inclusief sociotherapeuten en agogisch medewerkers)	FPC	(Andersson Elffers Felix, 2018) ²²
	0.96		FPK/FPA	
	0.27	Behandelaren (psychiaters, psychologen en equivalenten)	FPC	
	0.20		FPK/FPA	
	0.18	Dagbesteding	FPC	
	0.08		FPK/FPA	
Engeland	1.85	Verpleegkundigen	Medium security	(Kennedy, 2002)
	0.16	Ergotherapeut		
	0.11	Psycholoog		
	0.09	Maatschappelijk assistent		
	0.11	Consultant		
	0.06	Arts in opleiding tot specialist		
	0.07	Psychiater		(The Royal College of Psychiatrists, 2007)
	0.08	Arts in opleiding tot specialist		
	1	Verpleegkundigen		
	0.08	Klinisch psycholoog		
0.08	Ergotherapeut			
0.08	Maatschappelijk assistent			
Noorwegen	5:1 (high security)	Onbekend		(Bjørkly et al., 2019)
	3:1 (medium security)			

²² De cijfers werden berekend op basis van de cijfers van 2017. Instelling 4 werd buiten beschouwing gelaten vanwege de combinatie FPC/FPA.

- Multidisciplinair team met diverse expertises (minimaal: forensisch psychiater, criminoloog, psycholoog, verpleegkundigen, sociaalassistent, therapeutische medewerkers, zoals bv. een ergotherapeut)

- Literatuur

De meerwaarde van een forensisch verpleegkundige (in tegenstelling tot niet-forensische verpleegkundigen) bleek met name te liggen op valk van conflicthantering en het omgaan met agressie (Ewalds-Kvist, Algotsson, Bergstrom, & Lutzen, 2012). Deze resultaten moeten echter genuanceerd worden, vermits het onderzoek uitging van zelfrapportage door de verpleegkundigen zelf.

Het belang van een ergotherapeut blijkt uit de studie van O' Flynn et al. (2018), waarbij werd vastgesteld dat het betrokken zijn bij betekenisvolle activiteiten gerelateerd is aan een verhoogde kwaliteit van leven.

Met betrekking tot oudere patiënten met fysieke gezondheidsnoden stellen Natarajan en Mulvana (2018) dat het integreren van medische expertise essentieel is. Hierbij kan gedacht worden aan verpleegkundigen gekwalificeerd in zowel de algemene en als geestelijke gezondheidszorg, geriater, logopedist, diëtist en kinesist. Ook Bergman et al. (2018) raden aan dat een kinesist deel uitmaakt van het team (infra "fysieke gezondheid").

Met betrekking tot Aboriginal Australiërs in een forensisch psychiatrische setting werd gewezen op het belang van het integreren van een (full-time) Aboriginal zorgverlener in het team (Durey et al., 2014).

Logan en Taylor (2017) benadrukken het belang van een goede selectieprocedure in settings voor vrouwelijke forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Met name drie kernaspecten zijn belangrijk:

- Bewuste keuze: Personeelsleden moeten bewust kiezen voor het werken met vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis en de veeleisende omstandigheden die dit werk met zich meebrengt aanvaarden.
- Persoonlijke eigenschappen: Bereid zijn het schadelijke potentieel van vrouwen te accepteren en ermee te werken, kunnen mentaliseren, zich bewust zijn van zijn eigen persoonlijke grenzen, duidelijke en effectieve communicatievaardigheden (zowel verbaal als schriftelijk) en goede interpersoonlijke vaardigheden hebben. Dit laatste gaat met name over flexibiliteit, relevante ervaring, empathie, objectiviteit, geduld, humor en het vermogen anderen op hun gemak te stellen.
- Vaardigheden om vrouwen aan te moedigen en te ondersteunen om verandering/herstel te bewerkstelligen.

In het artikel van O'Donahoo en Simmonds (2016) worden enkele vereiste competenties van forensische hulpverleners beschreven:

- Kennis hebben van het verband tussen een psychotische stoornis en delictgedrag;
- Kennis hebben van risicotaxatie, -voorspelling en –management;
- Kennis hebben van de invloed van drugmisbruik op het onderhouden of verergeren van de psychotische stoornis;
- Het kunnen aanpakken van psychologische en sociale beperkingen inherent aan schizofrene pathologie.

Niet enkel specifieke forensische of disciplinespecifieke vaardigheden lijken relevantie te hebben voor het veld. Er bestaat daarnaast enige evidentie voor de meerwaarde van het gebruik van humor in contact met forensisch psychiatrische patiënten, zolang het gepast en sensitief gebeurt (Gildberg et al., 2012; Gildberg, Bradley, Paaske, & Hounsgaard, 2014). Jas en Wieling (2018) toonden aan dat herstelgerichte competenties van hulpverleners een positieve impact hebben op zowel het bewerkstelligen van herstel als het verbeteren van herstel doorheen de tijd. De impact was significant kleiner wanneer er sprake was van een beperkte motivatie van de patiënt zelf.

- Best practices

In tabel 9 wordt een overzicht gegeven van de teamsamenstelling in het buitenland.

Tabel 5 Vertegenwoordiging van disciplines binnen een (forensisch) team in diverse landen

Discipline	Land			
	Engeland		Italië	Australië
	low/medium	high		
Psychiater	✓		✓	✓ (consulerend psychiater)
Forensisch psychiater		✓		
Psycholoog	✓	✓		✓
Maatschappelijk assistent	✓	✓	✓	✓
Ergotherapeut	✓	✓	✓	✓
(Psychiatrisch) verpleegkundige	✓	✓	✓	✓
Zorgkundige			✓	
Andere	Andere therapeuten zoals creatief therapeuten en logopedisten	Andere therapeuten en klinisch farmacoloog	Veiligheids-personeel in noodgeval	
Referenties	Levy, 2010 #2195}	normenkader	(Di Lorito, Castelletti, Lega, et al., 2017)	(O'Donahoo & Simmonds, 2016)

Specifiek met betrekking tot de langdurige forensisch psychiatrische zorg moet in Nederland sprake zijn van een differentiatie in het personeelsbestand. Zo is er voor de kwetsbare groep patiënten behoefte aan een (psychiatrisch) verpleegkundige, terwijl voor het omgaan met patiënten met een beheersingsproblematiek medewerkers met werkervaring in penitentiaire instellingen of agogisch geschoold personeel wenselijk is. In verband met de vergrijzing van

de LFPZ-populatie is er naast psychiatrische expertise toenemend behoefte aan deskundigheid over somatische problematiek en geriatrische zorg. In dit verband is het ook noodzakelijk om afspraken hierover te maken met externe partners zoals dichtbij gelegen ziekenhuizen en zo nodig wijkverpleging (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019a).

Additioneel aan de bepaling van de diverse disciplines binnen het multidisciplinaire team, worden er nog extra eisen gesteld aan het personeel in de low en medium securityvoorzieningen in Engeland:

- Personeel binnen low security moet ervaring hebben in zowel forensische als rehabilitatieve psychiatrie, omdat ze raakvlakken hebben met zowel een beveiligde voorziening als de maatschappij.
- Specifiek met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen wordt gesteld dat alle personeelsleden (ook niet-klinisch) specifieke training en competenties moet hebben met betrekking tot deze doelgroep. Dit heeft dan voornamelijk te maken met de interpersoonlijke kenmerken van deze doelgroep en het feit dat ze continue grenzen trachten te verleggen.
- Voor de doelgroep van vrouwelijke patiënten moet er een geschikte mix zijn tussen vrouwelijke en mannelijke personeelsleden.

In de richtlijnen voor de low en medium securityvoorzieningen wordt aanbevolen dat al het verpleegkundig personeel (vaste en flexwerkers) als competent beoordeeld moeten worden om medicatie te bedelen.

Haines et al. (2018) onderzochten de werking van de multidisciplinaire teambesprekingen binnen een forensische medium security voorziening in Engeland. Teambesprekingen vonden wekelijks plaats, gedurende ongeveer vier uur. Elke patiënt werd tweewekelijks besproken. Het team werd aangestuurd door een consulterend psychiater. Gemiddeld namen negen personeelsleden deel aan de teambesprekingen (range 6 – 12), waaronder een voorzitter (senior verpleegkundige onafhankelijk van de afdeling en patiënt, psychiater, medisch stagiair, maatschappelijk assistent, psycholoog, ergotherapeut, verpleegkundige, afdelingshoofd, administratieve ondersteuning en sporadisch een expert met betrekking tot dubbeldiagnose en verpleegkundestudent. De patiënt zelf werd gezien na de meeting. Er werd verwacht dat alle teamleden een (gelijkwaardige) bijdrage leveren, zowel tijdens de voorbereiding als tijdens de teambespreking zelf. Aanwezigheid op de vergadering was echter niet verplicht, waardoor niet steeds alle disciplines vertegenwoordigd waren. Inhoudelijk werd gefocust op het zorgplan op lange termijn, het functioneren van de patiënt sinds de laatste bespreking (twee weken) en de algemene progressie. In de praktijk werd vastgesteld dat er nog uitdagingen zijn op vlak van (ervaren) gelijkwaardigheid tussen disciplines en een democratisch beslissingsproces. Verpleegkundigen voelden zich niet altijd serieus genomen, hoewel de observaties tijdens de studie dit betwisten. Ook bleek de participatie van de patiënt zelf vaak beperkt tot het vragen van extra gunsten. Wanneer de patiënt aansloot bij de besprekingen, was alles reeds besproken en beslist. Van echte participatie kan aldus niet gesproken worden.

In Schotland wordt het multidisciplinair werken als essentieel beschouwd binnen het zorgproces. Er wordt echter niet gesteld welke disciplines vertegenwoordigd moeten zijn.

In Australië wordt in het referentiekader enkel algemeen gesteld dat er sprake moet zijn van multidisciplinariteit, wat in de praktijk ook het geval is (Ellis, 2019). Wel bestaat er een normenkader voor forensisch verpleegkundigen. Dit normenkader is gebaseerd op het werk

van Martin et al. (2013) en werd ontwikkeld door hoofdverpleegkundigen in één van de forensische voorzieningen. Het kader werd daarna bevestigd door 12 internationale hoofdverpleegkundigen in de forensische sector. Deze normen zijn van toepassing op alle forensische settings, gaande van de gevangenis tot diensten in de maatschappij.

In Koeweit is er slechts één forensisch psychiatrische instelling. Binnen deze setting zijn er forensische psychiaters en psychologen en een team van verpleegkundigen en maatschappelijk assistenten met forensische expertise (Alhumoud et al., 2018).

Opvallend is dat de functie van criminoloog binnen de zorgteams nergens vermeld wordt, terwijl dit in België wel ingeburgerd is.

- (Verhoogde) intervisiemogelijkheden (aanbeveling: om de 6 weken en bijkomend op vraag)

- Literatuur

Uit de literatuur worden diverse redenen aangehaald om het belang van zowel inter- als supervisie binnen forensisch psychiatrische settings aan te tonen. Enkele voorbeelden hiervan betreffen:

- herstelfunctie: stressvermindering, voorkomen van werkgerelateerde stress en burn-out en peer support (Bartlett & Somers, 2017; Elliott & Daley, 2013; Long, Harding, Payne, & Collins, 2014; Vincze, Fredriksson, & Wiklund Gustin, 2015). Ook het omgaan met negatieve gevoelens (naar aanleiding van sommige gepleegde misdrijven) is belangrijk om de therapeutische relatie te waarborgen (Harris, Happell, & Manias, 2015; Hörberg, 2018).
- ‘splitting’ door patiënten voorkomen (goede versus slechte zorgverleners) (Price & Wibberley, 2012), met name op afdelingen voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen (Logan & Taylor, 2017).
- ondersteuning bij interpersoonlijke conflicten tussen zorgverleners onderling (Beryl, Davies, & Vollm, 2018; Kurtz & Jeffcote, 2011; Rose, Peter, Gallop, Angus, & Liaschenko, 2011) en organisationele aspecten die voor stress zorgen (Kurtz & Jeffcote, 2011).
- ondersteuning in het stellen van (persoonlijke) grenzen (Pettman, Loft, & Terry, 2019). Dit gebeurt bij voorkeur zowel in de vorm van consultatie, supervisie als tijd voor reflectie met collega’s. Mogelijk kunnen hier ook discussiegroepen samen met patiënten zinvol zijn.
- vergroten van de (forensische) expertise (Barr, Wynaden, & Heslop, 2019). Verpleegkundigen verkregen hun forensische expertise met name via de klinische praktijk (eerder dan via de opleiding). Hierdoor is leiderschap, supervisie en mentorschap voor minder ervaren personeel cruciaal.

Supervisie kan zowel in de vorm van formele als informele ondersteuning geboden worden (Walker et al., 2017). Het is daarnaast ook niet de kwantiteit die primeert, maar de kwaliteit van de contacten (Elliott & Daley, 2013).

Uit een bevraging van vijf vrouwelijke personeelsleden op een high securityafdeling voor seksueel delinquenten blijkt dat vrouwen door hun mannelijke collega’s beschreven worden als “decoratief” en “provocerend/een risico voor de behandeling”. Als gevolg daarvan beschouwden ze hun geslacht als een risico. Uit dit onderzoek blijkt de patriarchale cultuur binnen een high security voorziening voor seksueel delinquenten (Mercer & Perkins, 2018). Volgens de auteurs is onder andere ondersteuning van personeel nodig om zulke toestanden te vermijden. De personeelssamenstelling in dit onderzoek bestond echter voornamelijk uit mannelijke leden, en zijn daarom niet zonder meer generaliseerbaar naar de Vlaamse situatie.

- Best practices

Binnen low en medium securityvoorzieningen in Engeland moet een bepaald percentage van het personeel minstens maandelijks klinische supervisie krijgen van een forensische clinicus. Ook specifiek met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen wordt het belang benadrukt van supervisie en mogelijkheden om te reflecteren. Dit moet geleid worden door een clinicus met forensische expertise.

In de richtlijnen voor low en medium securityvoorzieningen wordt gesteld dat nieuwe personeelsleden en uitzendkrachten opgeleid en beoordeeld worden op basis van een aantal kerncompetenties (die in het document niet nader gespecificeerd worden). Er wordt aanbevolen mogelijkheden te creëren om collega's binnen het team te schaduwten, samen te werken met een meer ervaren collega, geobserveerd te worden en een uitgebreide en wekelijkse supervisie te krijgen tot de kerncompetenties in kaart gebracht en voldaan zijn.

Het Australische referentiekader stelt dat er strategieën moeten bestaan om geschikte supervisie, ondersteuning en veiligheid te waarborgen voor individuele medewerkers.

- Systematische VTO en coaching, waarbij aandacht uitgaat naar forensische theorieën, risicotaxatie en -management, agressiebeheersing (aanbeveling: jaarlijks), de positie van de hulpverlener tegenover verplichte hulpverlening (in het kader van een justitiële voorwaarde) en gericht op het investeren in therapeutische relatie met de specifieke doelgroep (cf. missie, visie, ondersteuningsaanbod, ...)

- Literatuur

Het belang van opleiding/bijtscholing blijkt uit een aantal studies. Effecten hadden betrekking op kennis (Redhead, Bradshaw, Braynion, & Doyle, 2011), attitude (Beryl & Vollm, 2018; Redhead et al., 2011), veiligheidscultuur (Isaak et al., 2017; Kuosmanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen, Eronen, & Turunen, 2013) en aantal agressie-incidenten (Isaak et al., 2017; Isaak, Vashdi, & Steiner-Lavi, 2018).

Op basis van de literatuur kan concreet gedacht worden aan volgende trainingen/opleidingen:

- Conflicthantering/agressie management (Isaak et al., 2017; Isaak et al., 2018; Tenkanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen, & Kinnunen, 2011)

Uit de studie van Isaak et al. (2018) bleek dat een jaarlijkse opfriscursus omtrent agressie een positief effect had op lange termijn (10 jaar) op vlak van fysieke agressie ten aanzien van personeel en ziekteverzuim. De agressietraining 'Return Home Safely' in een maximum security setting in Israël had een positief effect op het veiligheidsklimaat. Er was daarnaast een daling in het aantal agressie-incidenten en letsels bij personeel zes maanden na de training. Deze studie toont niet per definitie aan dat deze specifieke training effectief is; mogelijk is het feit dat er überhaupt training wordt gegeven de verklarende factor. Een potentieel belangrijk gegeven is dat ook managers deelnamen aan de training, waardoor een duidelijk signaal werd gegeven dat veiligheid een belangrijk thema is binnen de instelling. De 3-daagse training bestond inhoudelijk uit (1) persoonlijke veiligheid (gevaarlijke situaties vermijden, zelfverdediging en veilig fixeren van patiënten), (2) communicatie tussen personeel (inclusief werkvloer en managers) onderling en (3) debriefings na incidenten. De auteurs bevelen herhalingscursussen aan om het effect op lange termijn te kunnen behouden (Isaak et al., 2017).

- Cultuursensitieve zorg (Durey et al., 2014);

- Trainingen met betrekking tot specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld persoonlijkheidsstoornissen)

Training met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen was de beste voorspeller voor een positieve attitude ten aanzien van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (Beryl & Vollm, 2018). Daarnaast duiden Bowen en Mason (2012) op verschillen tussen forensisch en niet-forensisch psychiatrische verpleegkundigen met betrekking tot vaardigheden en competenties nodig voor de behandeling van personen met een persoonlijkheidsstoornissen. Zo is de forensische werking meer gefocust op een actieve rol (zoals het stellen van grenzen) en wordt de reguliere werking een eerder passieve rol toegedicht (het bieden van een luisterend oor). Dit heeft ook zijn consequenties voor de opleiding van forensisch psychiatrische verpleegkundigen, die daarmee in een aantal opzichten dient te verschillen van deze van niet-forensisch psychiatrische verpleegkundigen. In een randomized controlled trial in een low securityafdeling in Engeland werd het positieve effect van een training omtrent psychose aangetoond bij verpleeg- en zorgkundigen. Zowel kennis als attitude bleek verbeterd te zijn ten aanzien van een controlegroep. Daarnaast was er ook een positieve trend zichtbaar op vlak van burn-out, hoewel niet significant (Redhead et al., 2011).

- Herstelgerichte zorg

Uit de studie van Souter (2015) op een afdeling voor high security patiënten met een persoonlijkheidsstoornis bleek dat training met betrekking tot de herstelgerichte principes wenselijk is. Verder bleek dat verpleegkundigen met minder ervaring positiever stonden ten aanzien van herstel, mogelijk vanwege de (recente) inclusie van herstel in het curriculum. Gudjonsson, Webster en Green (2010) suggereren dat training omtrent een herstelgerichte benadering mogelijk een positieve impact heeft op de kennis en attitudes van zorgverleners. Uit een onderzoek in een Zweedse high security instelling bleek dat methodes die zorgverleners gebruiken om agressie te voorkomen niet gebaseerd zijn op herstelgerichte principes (Olsson & Schon, 2016). Dit terwijl belangrijke aspecten in het vermijden van agressie volgens patiënten gerelateerd zijn aan herstelgerichte principes (Pollak et al., 2018).

- Familie-interventies (Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrier, 2011);
- Evidence based werken (Koskinen, Likitalo, Aho, Vuorio, & Meretoja, 2014; Yadav & Fealy, 2012)

Uit een onderzoek bij Ierse (forensische en niet-forensische) verpleegkundigen bleek dat ze onvoldoende tijd hadden om wetenschappelijke artikelen te lezen en onvoldoende middelen hadden om evidence based methodes te implementeren. Anderzijds gaven ze ook aan over onvoldoende wetenschappelijke vaardigheden te beschikken. Hieruit blijkt de nood aan meer wetenschappelijke basis (Yadav & Fealy, 2012). Een 1-jarige opleiding hieromtrent leidde tot een verbetering van de competenties (Koskinen et al., 2014).

- Risicotaxatie (Tenkanen et al., 2011; Warburton, 2014);
- EHBO-opleiding (Tenkanen et al., 2011);
- Farmacotherapie (Tenkanen et al., 2011);
- ICT (Koskinen et al., 2014)

In een Fins onderzoek bleek leeftijd gerelateerd te zijn aan verminderde documentatievaardigheden, mogelijk te wijten aan de snelle ICT-evolutie (Koskinen et al., 2014).

Ook personeel zelf blijkt vragende partij te zijn voor bijscholing (Rose et al., 2011; Walker et al., 2017). Sorensen, Tingleff en Gildberg (2018) onderzochten de overgang van pas afgestudeerde verpleegkundigen naar een job in het forensische werkveld. De pas afgestudeerde verpleegkundigen gaven aan dat ze zich slecht voorbereid voelden en bijscholing wensten op een aantal vlakken. Hierbij werd een opleiding in conflicthantering als cruciaal ervaren, maar ook mentorschap door een ervaren medewerker en ondersteuning van collega's bij conflicten was cruciaal belang om een gevoel van veiligheid te ervaren. In lijn met dit aspect (pas afgestudeerd) werd in Schotland een opleiding georganiseerd, 'New to Forensic', voor personen die starten binnen het forensische werkveld. De opleiding is gebaseerd op het principe van probleemoplossend leren en bleek een positief effect te hebben op 'vertrouwen in hun kennis' (Walker, Langton, & Thomson, 2011).

- Best practices

In het referentiekader voor low en medium securityvoorzieningen in Engeland wordt gesteld dat een bepaald percentage van het personeel een jaarlijkse training moet volgen inzake veiligheid ten aanzien van kwetsbare personen. Personeel op een vrouwenafdeling moet specifieke training genieten met betrekking tot gendersensitieve/genderspecifieke zorg.

In het referentiekader voor high securityvoorzieningen wordt meer algemeen gesteld dat er intern klinische en veiligheidstraining aangeboden moeten worden.

In de richtlijnen (voor low en medium security) wordt meer algemeen aanbevolen dat personeelsleden trainingen dienen te krijgen die in lijn liggen met hun rol en professie, waaronder: wettelijk voorgeschreven en verplichte training en opleidingen omtrent de wettelijke kaders, fysieke gezondheidsbeoordeling, drugs en reanimatie.

In Australië moeten medewerkers de mogelijkheden krijgen om zich te ontwikkelen en vaardigheden te verbeteren. Er worden geen verplichtingen gesteld met betrekking tot bepaalde trainingen, met uitzondering van culturele diversiteitstraining. Trainingen en ondersteuning moeten ervoor zorgen dat er een hoog niveau van professionalisme en vaardigheden binnen het team wordt bereikt.

- Uitgeschreven visie op veiligheids- en preventiemaatregelen

- Aanwezigheid medewerkers in functie van veiligheid
- Preventief beleid m.b.t. grensoverschrijdend gedrag
- Interventiemogelijkheden

- Literatuur

Een veel gebruikt model betreft het Safewards model, en is beschikbaar in zeven talen (waaronder Nederlands). Het model is echter niet specifiek forensisch. Het omvat zes domeinen: fysieke omgeving, personeel, patiëntengroep, patiëntkenmerken, buiten het ziekenhuis en regelgevend kader (Bowers, 2014).

Niet met betrekking tot het aantal, maar wel met betrekking tot het geslacht bleek uit de studie van Pulsford et al. (2013) in een high security afdeling dat zowel personeel als patiënten de aanwezigheid van vrouwelijk personeel belangrijk vinden wanneer het gaat over agressie management. De reden waarom werd niet bevraagd, maar kan volgens de auteurs mogelijk verklaard worden door een verschil in aanpak tussen mannen en vrouwen.

In een follow-up van 10 jaar bleek dat een verminderde toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen een positief effect had op agressie-incidenten ten aanzien van personeel. Het bleek echter geen effect te hebben op agressie-incidenten tussen patiënten onderling (Smith et al., 2015).

Vrijheidsbeperkende maatregelen staan volgens Geller (2012) niet lijnrecht tegenover een herstelgerichte benadering. Hij stelt expliciet dat patiëntgerichte zorg niet impliceert dat "inpatients can do whatever they choose or go anywhere in the hospital they deem appropriate at any time" (p. 494). Volgens hem moet de zorgverlener initieel een leidende rol opnemen, tot de patiënt dit zelf kan. Het doel van herstel is om een leven te kunnen leiden zoals iedereen, onafhankelijk van de psychiatrische stoornis. Ook in de maatschappij worden er beperkingen opgelegd, bijvoorbeeld het verplicht volgen van een verkeerscursus bij te snel rijden (behandeling). In het verlengde daarvan kan ook de psychiatrische behandeling ingevolge delictgedrag gezien worden. In plaats van te focussen op het elimineren van vrijheidsbeperkende maatregelen, moet men focussen op hoe dit op een herstelgerichte manier kan gebeuren. Volgens de auteur kan het informeren van de patiënten over deze maatregelen het gevoel van vrijheidsbeperking verminderen.

Volgens een patiëntenbevraging is agressie het resultaat van een dynamische interactie tussen (1) attitudes en gedragingen van zorgverleners, (2) inzicht en gedragingen van patiënten en (3) kenmerken van de omgeving. Zorgverleners kunnen de kans op agressie verminderen door beschikbaar te zijn, respect te tonen en conflicthanteringsmethodieken te gebruiken (zoals proactieve de-escalatie of het bespreken van conflicten in een privégesprek) (Gudde, Olso, Whittington, & Vatne, 2015; Olsson et al., 2015). Deze review is gebaseerd op 12 artikels, waarvan slechts 3 betrekking hadden op een forensische populatie.

Patiënten en zorgverleners lijken enigszins gelijklopende opvattingen te hebben over de oorzaken van en reacties op agressie. Zo waren ze het eens over het feit dat een restrictieve omgeving een rol speelt en dat afzondering soms een goede agressie-managementstrategie is, ook voor wat betreft het gebruik van fysieke methodes of medicatie als reactie op agressie (Dickens, Piccirillo, & Alderman, 2013; Pulsford et al., 2013). Mogelijk heeft het betrekken van de patiënt, zowel voor als na een agressie-incident, een preventieve werking (Gudde et al., 2015). Een voorbeeld van dergelijke aanpak is de methode vroegsignalering (cf. supra).

De review van Cornaggia, Beghi, Pavone en Barale (2011) – hoewel niet specifiek forensisch – toonde aan dat eensgezindheid tussen zorgverleners vermoedelijk een van de belangrijkste factoren is om agressie te voorkomen. De auteurs stellen dat een goede personeelsbezetting, training van verpleegkundigen en een niet-overbevolkte afdeling belangrijke aspecten zijn. Deze resultaten vallen te benoemen als een goed afdelingsklimaat.

Bij een bevraging van personeel kwamen zes thema's naar boven met betrekking tot het creëren van een cultuur ter bevordering van patiëntveiligheid²³ (Kuosmanen, Tiihonen, Repo-Tiihonen, Eronen, & Turunen, 2017):

- Open communicatie;
- Nauwe samenwerking tussen management en werkvloer;
- Niet bestraffend optreden bij fouten;

²³ Veiligheidscultuur kan beschreven worden als de overtuigingen, attitudes, waarden, normen en procedures die gedeeld worden door professionals binnen een organisatie (Kuosmanen et al., 2019).

- Betrekken van de visie op veiligheid van de patiënt zelf. Gelijke verhouding tussen focus op patiëntveiligheid en veiligheid van personeel;
- Operationele veiligheidsrichtlijnen (protocollen, checklists, ...);
- Voldoende personeel om veiligheid te garanderen. Er worden geen staff-to-patient ratio's aanbevolen.

Om de patiëntveiligheid te verbeteren werd een incidentregistratiesysteem (patient safety incident reporting system; PSIRS) geïmplementeerd in een Fins forensisch psychiatrisch ziekenhuis. De interventie bestond uit vier fases. In een eerste fase werd de interventie uitgelegd op managementniveau. In een tweede fase ging het registratiesysteem in voege. Hierna werden hand-outs beschikbaar gesteld met de incidentstatistieken, voorbeeld van incidenten en verbetermogelijkheden. In een laatste fase werd er een onlinetraining omtrent veiligheid voorzien. Uit een studie naar de effecten van deze interventie blijkt een verbetering op negen van de 12 domeinen van patiëntveiligheid. Bij een controlepopulatie (in een ander ziekenhuis zonder interventie) werd een verbetering vastgesteld op slechts één domein (frequentie van gerapporteerde incidenten) (Kuosmanen et al., 2019).

○ Best practices

In Nederland bestaan er verschillende types van afzonderingsruimtes, met een verschil in vormgeving (fysieke omgeving), bemeubeling, sfeer en veiligheidsniveau: afzonderingsruimtes, isolatieruimtes, time-out ruimtes en gestripte afsluitbare slaapkamers (van der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen, & Noorthoorn, 2013).

Low en medium securityvoorzieningen in Engeland moet het aantal gevallen waarbij de patiënt mechanisch wordt gefixeerd (inclusief chemische fixatie via het toedienen van sederende medicatie) gerapporteerd worden.

Er worden verder nog volgende aanbevelingen gedaan met betrekking tot agressie-management:

- Er is een alarmknop/persoonlijk alarm voor alle personeelsleden, patiënten en bezoekers binnen de beveiligde perimeter.
- Het personeel is getraind en zelfverzekerd in het managen van agressie en geweld.
- Er wordt opleiding georganiseerd voor patiënten over minst restrictieve maatregelen.
- Personeelsleden houden patiënten niet bewust in bedwang op een manier die hun luchtwegen, adem of circulatie beïnvloedt.
- Bij vrijheidsbeperkende maatregelen wordt altijd gekozen voor de minst restrictieve optie die noodzakelijk is
- Het team werkt eraan om het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen te reduceren.
- Er wordt gerapporteerd over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen aan de bevoegde dienst.

Ook technologie kan gebruikt worden om risicomanagement te ondersteunen. In Engeland (Londen medium security en Broadmoor high security) wordt er gebruik gemaakt van drie technologische strategieën (Tully, Larkin, & Fahy, 2015):

- Elektronisch toezicht (enkelband) voor patiënten met recente uitgangen.
- In Broadmoor (high securityinstelling) worden camera's niet enkel gebruikt in gemeenschappelijke ruimtes, maar worden ze ook op het lichaam gedragen. In het artikel ging het over een trial. Het is onduidelijk of en in welke mate dit anno 2020 wordt toegepast.

- In een pilootproject binnen Broadmoor werd een systeem ontwikkeld dat de aanloop naar een incident kan detecteren via bewegingsdetectie. Hierbij worden er algoritmes bepaald op basis van data over beweging, tijd, plaats en incidenten.

- Afzonderingstechnieken en materiaal

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Aanbeveling: Aangepaste procedure voor opvang van hulpverleners bij (potentieel) traumatische gebeurtenissen met aandacht voor secundaire traumatisering

- o Literatuur

Een bevraging van psychiatisch verpleegkundigen in Zuid-Afrika toonde aan dat ze in een stressvolle omgeving werkten, waar agressie onvoorspelbaar is en achter elke hoek schuilt. De uitdagingen verbonden aan het werk op een forensische afdeling resulteerde in gevoelens van angst, frustratie en mislukking maar had ook fysieke gevolgen zoals uitputting, slaapproblemen en middelengebruik (Tema et al., 2011). De auteurs formuleerden enkel beleidsaanbevelingen voor hoofdverpleegkundigen:

- Stimuleren van ontwikkeling via workshops, onder andere omtrent therapeutische relaties en assertiviteit;
- Debriefings, zodat gevoelens (makkelijker) gedeeld worden met collega's;
- Aanwezigheid van hoofdverpleegkundigen op de werkvloer en erkenning geven;
- Overleg met de personeelsdienst om voldoende personele middelen te voorzien;
- Voorzien van een alarmknop op de afdeling en minimum twee beveiligingsambtenaren per shift.

6 Infrastructuur

- Literatuur

De fysieke omgeving omvat zowel architecturale, omgevings- en interieurkenmerken. Architecturale kenmerken verwijzen naar relatief permanente aspecten zoals het ontwerp van het gebouw, grootte van de kamers of locatie van raampartijen. Interieurkenmerken betreffen bemeubeling en kleuren; omgevingskenmerken betreffen licht, temperatuur en geluid (Alexiou, Degl' Innocenti, Kullgren, & Wijk, 2016). Specifiek omgevingskenmerken beïnvloeden de perceptie van patiënten op de kwaliteit van zorg en de beoordeling van zorgverleners om persoonsgerichte zorg te kunnen bieden, bleek uit onderzoek van Alexiou, Degl' Innocenti, Kullgren, Falk en Wijk (2016). Met name het 'thuisgevoel' bleek een belangrijke factor te zijn voor zowel patiënten als personeel.

Twee Zweedse studies onderzochten het effect van een verhuis van een oude infrastructuur naar een nieuwbouw, waarvan één studie binnen een vrouwelijke medium security populatie. In beide studies werd een verbeterde patiënttevredenheid geconstateerd (Alexiou, Degl' Innocenti, Kullgren, & Wijk, 2016; Long, Langford, Clay, Craig, & Hollin, 2011). Het personeel gaf geen verbetering aan op vlak van mogelijkheden om persoonsgerichte zorg aan te bieden. Wat betreft de (persoonsgerichte) afdelingssfeer werd wel een verbetering opgemerkt volgens het personeel (Alexiou, Wijk, Ahlquist, Kullgren, & Degl' Innocenti, 2018). Binnen de vrouwelijke populatie werd de nieuwe infrastructuur als huiselijker ervaren en werd een vermindering van psychiatrische symptomen waargenomen (Long, Langford, et al., 2011). In de Verenigde Staten (Colorado) werd

er weinig verbetering waargenomen op vlak van afdelingssfeer na verhuis naar een forensische nieuwbouwvoorziening. De feitelijke veiligheid – gemeten aan de hand van agressieve incidenten en momenten van afzondering of fixatie – verbeterde noch verslechterde. Klachten van patiënten wijzigden niet significant. Daarnaast steeg het aantal afwezigheden door personeel. Verbetering werden wel opgemerkt op vlak van veiligheidsbeleving, doorstroom naar een lagere beveiliging en ontslag. Een terugkeer naar settings met een hogere beveiliging werden echter ook gerapporteerd (Eggert et al., 2014).

Nog met betrekking tot symptomen werd aangetoond dat depressie een voorspeller is voor motivatie voor behandeling, gemedieerd door afdelingssfeer. Afdelingssfeer voorspelde dan weer motivatie, gemedieerd door depressie. Dit betekent dat een slechte afdelingssfeer een impact heeft op symptomen van depressie, maar ook dat zowel de depressie (of negatieve symptomen bij een psychotische stoornis) als de afdelingssfeer aangepakt moeten worden om motivatie te bewerkstelligen (Beazley & Gudjonsson, 2011).

Uit onderzoek binnen zowel medium als high security afdelingen bleek dat afdelingssfeer anders wordt geëvalueerd door patiënten en personeel (de Vries, Brazil, Tonkin, & Bulten, 2016; Long, Anagnostakis, et al., 2011). Om deze reden is het belangrijk om ook de patiënt te betrekken teneinde de afdelingssfeer te verbeteren. Personeel beoordeelde de betrokkenheid van het team naar patiënten positiever in vergelijking met patiënten (de Vries et al., 2016; Dickens, Suesse, Snyman, & Picchioni, 2014; Long, Anagnostakis, et al., 2011). Patiënten waren dan weer positiever op vlak van veiligheidsbeleving (de Vries et al., 2016; Dickens et al., 2014) en ondersteuning tussen patiënten (de Vries et al., 2016).

Ook het onderhoud en decoratie is belangrijk (Kennedy, 2002).

Seppänen et al. (2018) ontwikkelden een template voor het ontwerp van forensische residentiële setting op basis van internationale principes. Hierbij dient er aandacht te zijn voor de noden, mogelijkheden, politieke aspecten, functionele inhoud en groei of verandering. Een meer concrete uitwerking van dit template is terug te vinden in het artikel van Seppänen et al. (2018).

Long-term units zouden zo'n 30% meer oppervlakte per patiënt voorzien (Kennedy, 2002). In het Nederlandse beleidskader LFPZ werden geen infrastructurele aspecten opgenomen.

Natarajan en Mulvana (2018) doen enkele aanbevelingen met betrekking tot specifieke noden voor ouderen. Met betrekking tot de afzonderings- en prikkelarme ruimtes moeten er een stoel en matras zijn die geschikt zijn voor personen met mobiliteitsproblemen. Daarnaast zouden volgende ergonomische hulpmiddelen aanwezig moeten zijn: douchestoel, verhoogde toiletten, handgrepen en leuningen, hogere bedden, rolstoelen en loophulpmiddelen.

- Best practices

In Engeland zijn er zeer specifieke richtlijnen met betrekking tot infrastructurele aspecten voor medium en high securityvoorzieningen waarbij de specificaties voor de medium security uitgebreider zijn. Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar de 'Environmental design guide' (voor medium security; Department of Health, 2011; zie bijlage 2) en de 'High secure building design guide' (voor high security; National Health Service, 2010; zie bijlage 3). Centraal binnen deze aanbevelingen zijn maatregelen om suicide(pogingen), zelfbeschadiging, agressie-aanvallen en gijzeling (met betrekking tot high security) te vermijden. Maatregelen betreffen onder andere het vermijden van zaken waaraan touwen, koorden, lakens, ... bevestigd kunnen worden (bijvoorbeeld scharnieren, deur- en meubelbeslag, kranen, kledinghaken, leidingwerk, ...), gebruik van robuuste (sabotagebestendige) materialen, technische systemen, luchtsluizen,

perimetercriteria, te alle tijde toegang voor personeel, ... Ook ontsnapping moet verhinderd worden door er bijvoorbeeld voor te zorgen dat beklimming verhinderd wordt (bijvoorbeeld geen regenpijpen in binnenhoeken). Er worden zelfs specificaties gesteld met betrekking tot de beplanting. Naast het – klaarblijkelijke – belang van veiligheid moet ook aandacht besteed worden aan het creëren van een huiselijke sfeer.

Volgende ruimtes worden benoemd, waarvoor steeds specificaties worden opgesteld (bijvoorbeeld met betrekking tot deuren, licht, type plafond, gordijnen, brandveiligheid, ...). In de richtlijnen voor high securityvoorzieningen ligt de focus op patiëntruimtes.

- Hoofdingang en ontvangstruimte;
- Controlekamer;
- Patiëntruimtes (binnen beveiligde perimeter): eenpersoonskamer met eigen badkamer, gemeenschappelijke (rolstoeltoegankelijke) badkamer en toiletten, leefruimte, prikkelarme ruimte, afzonderingsruimte, bezoekeruimtes, opleidingsruimte, bibliotheek, gebedsruimtes, fitness- en sportfaciliteiten, therapielokalen, faciliteiten met betrekking tot eerstelijns gezondheidszorg (ruimtes voor fysieke onderzoeken en apotheek voor medicatiebediening), kookruimtes, beveiligde buitenruimte, winkel/café. De nadruk wordt hier gelegd op natuurlijk licht, ventilatie en akoestiek.
- Ruimtes voor personeel: centrale verpleegpost (waar ook in discretie gewerkt kan worden), ruimtes voor opleiding en personeelsontwikkeling, ruimtes waar men kan eten en rusten, kleedruimtes en lockers, opbergruimtes, faciliteiten voor materiaal en technieken.
- Buitenruimtes.

Het normenkader voor de low en medium securityvoorzieningen stelt dat de afdelingen gescheiden moeten zijn voor vrouwen en mannen. Vrouwelijke patiënten moeten daarnaast toegang hebben tot therapeutische/activiteits-/buitenruimtes enkel voor vrouwen.

Voor Schotland werden er enkel criteria gevonden met betrekking tot de infrastructuur van medium securityvoorzieningen. Het betreft in essentie richtlijnen, waarvan een aantal echter een eerder dwingend karakter hebben vanwege het feit dat ze als essentieel benoemd worden. Deze worden hieronder weergegeven:

- Maatregelen om het binnenbrengen van verboden middelen te verhinderen;
- Beperken van middelen om zelfmoord te plegen, meer specifiek het vermijden van ankerpunten;
- Geen gebruik van deurdrangers in patiëntenruimtes;
- Vermijden van hanglampen;
- Regenbuizen moeten adequaat bevestigd worden;
- Hekwerk om ontvluchting vanuit buitenruimtes te vermijden;
- Een omheining van vijf meter als minimumnorm. Dit kan een hek of een gebouw zijn, maar de vormgeving moet klimmen verhinderen;
- Patiëntenruimtes moeten voorzien zijn van zware deuren;
- Indien een deur in een patiëntenruimte naar binnen toe opent, moet het personeel de mogelijkheid hebben om deze deur naar buiten toe te openen in een noodgeval;
- Voldoende deurbreedte om een geagiteerde patiënt, geëscorteerd door twee personeelsleden, te kunnen laten passeren;
- Randloze toiletten;

- Aandacht voor mogelijke verbergplaatsen voor drugs en andere verboden zaken;
- Deuren van badkamers en douches moeten naar buiten toe openen;
- Beleid om zelfbeschadiging in de badkamer/doucheruimte te voorkomen;
- Alle buitendeuren moeten een signaal kunnen geven bij opening ervan;
- CCTV moet gebruikt worden om observatie en supervisie van buitenruimtes, de hoofdingang en afdelingsingang mogelijk te maken;
- De hoofdingang staat onder toezicht met behulp van een videosysteem;
- Persoonlijk alarm en oproepsysteem voor personeelsleden;
- Waarschuwingslampjes zijn discreet;
- Indien patiënten hun kamer zelf mogen afsluiten, moet de mogelijkheid voorzien worden dat personeel de deur alsnog van buitenaf kan openen.

In het algemeen is er veel overlap met de richtlijnen in Engeland, hoewel veel beknopter. Er worden aanbevelingen gedaan om klimmen, zelfbeschadiging en schade aan anderen te vermijden. Er moet hierbij een balans gezocht worden tussen de waardigheid en privacy van patiënten versus de mogelijkheid voor personeel om patiënten te alle tijden te observeren/verzorgen/superviseren. De richtlijnen bevatten tevens schetsen over hoe afdelingen er idealiter uit dienen te zien. Ook hier wordt gepleit voor aandacht voor een huiselijke omgeving.

Specifiek wordt er nog verwacht dat een (medium security) afdeling minimaal of maximaal 15 patiënten huisvest.²⁴

Na de sluiting van alle forensisch psychiatrische ziekenhuizen in Italië werd bepaald dat de nieuwe REMS enkel gevestigd konden worden in nieuwe gebouwen of in reeds bestaande gebouwen die voordien werden gebruikt voor maatschappijgerichte rehabilitatieve doelen. Fysieke veiligheidsmaatregelen betreffen een omheinde perimeter, CCTV en gesloten deuren (Di Lorito, Castelletti, Lega, et al., 2017).

- De infrastructuur moet aangepast zijn aan de toekomstige uitwerking van de rechtspositie-regeling²⁵

Deze norm valt buiten de scope van het onderzoek, maar werd ter volledigheid weergegeven.

²⁴ In de richtlijnen worden twee tegenstrijdige formuleringen gebruikt: “It is anticipated that each ward should accommodate more than 15 patients” (Care Standards Working Group, 2005, p. 67) versus “Individual wards should contain accommodation for a maximum of 15 patients” (Care Standards Working Group, 2005, p. 80).

²⁵ Het hebben van een beleid met betrekking tot seksualiteitsbeleving en een beleid gericht op een positief leefklimaat en het vermijden van agressie-feiten is essentieel.

- Gesloten, halfopen of open units, met mogelijkheid voor gefaseerde vrijheden

- (Gecontroleerde) buitenruimte

- Best practices

De Environmental design guide (Engeland) stelt dat een buitenruimte cruciaal is en vermeldt specifieke criteria waaraan deze zou moeten voldoen. Deze criteria hebben met name betrekking op het vermijden van ontvluchting en agressie-aanvallen met behulp van materiaal door, onder andere, controle via verlichting, camerabeelden of eisen aan tuinmeubels en beplanting. Daarnaast wordt ook gesteld dat deze ruimte niet gebruikt zou mogen worden als rookruimte. Voor high securityvoorzieningen wordt gesteld dat ze makkelijk te observeren en doorzoeken moeten zijn en dat de lay-out moet vermijden dat er zaken verstopt worden.

Ook in Schotland geldt in het algemeen dat er aandacht moet uitgaan naar beveiliging van en veiligheid van buitenruimtes.

Zowel in Engeland als Schotland is de richtlijn dat hekwerk binnen medium securityvoorzieningen vijf meter moet zijn. Voor low securityvoorzieningen in Engeland is dit drie meter. De perimetereisen voor high securityvoorzieningen in Engeland moet voldaan aan de standaarden voor een categorie B-gevangenis.

- Afspraken en procedures i.k.v. patiënten en bezoekers

- Best practices

In de Environmental design guide (medium security Engeland) worden infrastructurele aspecten benoemd met betrekking tot bezoekers, zoals: afzonderlijke toegang voor patiënten en bezoekers, toilet, idealiter een buitenruimte, natuurlijk daglicht en buitenzicht, toilet, mogelijkheid tot observatie en comfortabele bemeubeling.

Met betrekking tot high securityvoorzieningen wordt enkel aanbevolen bezoekersruimtes te hebben binnen de beveiligde perimeter.

- Aanbeveling: Individuele kamers of studio's

- Literatuur

Uit het onderzoek van To et al. (2015) bij Vlaamse medium security geïnterneerden wordt het belang van privacy benadrukt door de patiënten. Concreet ging het dan met name over het hebben van een eigen kamer.

Uit het onderzoek van Alexiou, Degl' Innocenti, Kullgren, Falk, et al. (2016) bleek het belang van een huiselijke, persoonlijke sfeer in de kamer van de patiënt in hun streven naar normaliteit. Ook de afwezigheid van individuele badkamers/toiletten was een van de grootste pijnpunten voor patiënten. Op basis van deze bevindingen wordt aanbevolen om de patiënt zoveel als mogelijk ruimte te geven zijn/haar kamer naar eigen believen in te richten. Het belang hiervan is des te groter vanwege de langdurige verblijven. Hierdoor wordt de kamer eerder een tijdelijk thuis, en moet ook in die zin gepercipieerd kunnen worden door de patiënt zelf. Ook uit het onderzoek van Olausson, Danielson, Berglund Johansson en Wijk (2019) bleek de patiëntenkamer een belangrijke rol te spelen, waarbij gestreefd moet worden naar normaliteit.

- Best practices

Enkele aanbevelingen uit de Environmental Design Guide ([Engeland](#)) zijn: minimaal 15 m² (17 à 19 m²) ingeval van rolstoeltoegankelijke kamers), eigen badkamer, natuurlijk licht, evenwicht tussen privacy en observatiemogelijkheden, sabotagebestendige mechanische en elektrische voorzieningen, door patiënt afsluitbaar maar met mogelijkheid voor personeel om dit te overrulen. In de badkamer moet extra aandacht besteed worden aan veiligheid om schade aan zichzelf of anderen te vermijden, maar ook om te vermijden dat er smokkelwaar of wapens verstopt kunnen worden (door bijvoorbeeld randloze toiletten, afkitten, ...). Er moet vermeden worden dat patiënten zich kunnen verbergen voor personeel.

De kamers binnen een high securityvoorziening moeten minimaal 12 m² zijn, met eigen badkamer. Ook hier zijn observatiemogelijkheden en aandacht voor mogelijkheden waar de patiënt zich kan verbergen belangrijk. Er wordt ook vast meubilair aangeraden.

De REMS in [Italië](#) beschikken over individuele of tweepersoonskamers. De kamers reflecteren een therapeutische cultuur met normaliteit als de norm. Kamers zijn niet afgesloten tijdens de dag en patiënten mogen hun kamer naar eigen believen inrichten (Di Lorito, Castelletti, Lega, et al., 2017).

- Gemeenschappelijke woonruimtes

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Ruimte/atelier dagondersteuning

- Literatuur

Uit het onderzoek van To et al. (2015) bij Vlaamse medium security geïnterneerden kwam de nood naar privacy tijdens (therapeutische) gesprekken naar voren (afzonderlijk lokaal).

- Therapeutische ruimtes

Geen informatie gevonden wat onderbouwing kan geven aan deze norm.

- Ruimtes i.k.v. preventie en/of incidenten

- Literatuur

In een acute rehabilitatie-unit voor vrouwen binnen het forensisch psychiatrisch ziekenhuis van Australië werd een prikkelarme kamer ('sensory room') gecreëerd. Dit is een ruimtes waar patiënten terug kalm kunnen worden. Het gebruik van deze kamers sluit aan bij de herstelgerichte visie (het aanleren van zelfcoping en zelfmanagementvaardigheden). Wiglesworth en Farnworth (2016) onderzochten het perspectief van de patiënten en hun zorgverleners op het gebruik van deze ruimte. Er werd een vermindering van stress waargenomen van gemiddeld 2.7 punten op een schaal van 10. Daarnaast bleek dat het gebruik van de kamer in 64% van de gevallen geïnitieerd werd door de zorgverlener. In deze situaties bleek het stressniveau hoger te zijn dan wanneer patiënten op eigen initiatief gebruik maakten van de kamer.

- Best practices

In de Environmental design guide van Engeland wordt gesproken van prikkelarme en afzonderingsruimtes. Specificaties zijn onder andere, voor de prikkelarme ruimte:

- Ruimte met slechts één functie;
- Dichtbij afzonderingsruimtes;
- Minimale bemeubeling die ofwel erg zwaar is of net erg licht (bijvoorbeeld meubels uit schuim);
- Zachte en rustgevende kleuren.

Voor de afzonderingsruimte

- Ruimte met slechts één functie;
- En-suite faciliteiten;
- Zichtbare klok;
- Bevestigingsmateriaal en meubels moeten risico op schade ten aanzien van anderen of zichzelf vermijden.
- Ligging:
 - Niet in de buurt van patiëntenkamers;
 - Idealiter tussen verschillende afdelingen zodat de ruimte voor meerdere afdelingen toegankelijk is;
 - Niet in de buurt van ‘verkeersaders’;
 - Niet zichtbaar voor andere patiënten;
 - Observeerbaar.
- Sabotagebestendig;
- Minimaal 15m².

De richtlijnen voor high securityvoorzieningen spreken enkel van afzonderingsruimtes. Criteria overlappen met de richtlijnen voor medium security zoals privacy (ten aanzien van andere patiënten), observatiemogelijkheden en veiligheid (bijvoorbeeld bemeubeling). Additioneel wordt gesteld dat de patiënt de aandacht moet kunnen trekken.

- Specifieke aandacht dat bezoek in een veilige omgeving kan gebeuren, zeker wanneer kinderen/minderjarigen op bezoek komen

- Best practices

In het referentiekader (low en medium security) van Engeland wordt enkel met betrekking tot de doelgroep van vrouwen gesteld dat er faciliteiten en procedures moeten zijn in verband met kinderbezoeken. High securityvoorzieningen moeten zich conformeren aan de ‘child visiting directions’.

In de richtlijnen voor low en medium securityvoorzieningen wordt aanbevolen om procedures en protocollen te hebben inzake de veiligheid van volwassenen en kinderen, in overeenstemming met de ‘safeguarding adults and children board’. Zo zou er bijvoorbeeld een beveiligingsverantwoordelijke aangewezen moeten worden. Daarnaast wordt aanbevolen bij opname voor elke patiënt in kaart te brengen of er kinderen zijn binnen hun sociale netwerk, hun relatie met die kinderen en gekende risico’s hieromtrent, al dan niet op basis van veroordelingen.

In de Environmental design guide voor medium securityvoorzieningen wordt er wel expliciet aandacht besteed aan kinderbezoeken. Er wordt aanbevolen dat bezoek van minderjarigen

mogelijk is binnen de beveiligde perimeter, idealiter zo kort mogelijk bij de hoofdingang. Daarnaast wordt de beschikbaarheid van verschoonfaciliteiten (apart van het toilet), faciliteiten voor het bereiden van papflessen, speelruimte een leeftijdsgeschikt speelgoed aangeraden.

In de infrastructurele richtlijnen voor high securityvoorzieningen wordt gesteld dat de route naar de bezoekersruimte voor kinderen niet mag passeren langs plaatsen waar patiënten kunnen komen, of waar de bezoekers gezien kunnen worden door patiënten.

- Bij de inrichting van elke ruimte wordt rekening gehouden met o.a. het vermijden van agressiefeiten

- Literatuur

Niet specifiek met betrekking tot welbepaalde ruimtes, maar meer in het algemeen werd geconstateerd dat de fysieke omgeving een impact heeft op afzondering (van der Schaaf et al., 2013). Er werd een verhoogd risico op afzondering vastgesteld wanneer een buitenplaats en speciale veiligheidsmaatregelen (onder andere 'door position monitoring') beschikbaar waren en ingeval van een groot aantal patiënten. Er was sprake van een verlaagd risico wanneer er meer private ruimte was voor patiënten (onder andere grootte van de kamer en mogelijkheid tot afsluiten van de kamer door patiënten zelf), meer comfort (onder andere ventilatie of mogelijkheid tot het openen van een raam) en betere zichtbaarheid (onder andere camera's, brede gangen, goed overzicht en zichtlijnen). De auteurs concluderen daarmee dat private ruimtes belangrijker zijn dan de gemeenschappelijke delen. In deze studie werden echter ook reguliere psychiatrische afdelingen geïncorporeerd.

Daarnaast bleek de afdelingsomgeving een voorspeller te zijn voor burn-out bij forensisch psychiatrisch verpleegkundigen (Berry & Robertson, 2019).

- Best practices

Voor zowel medium als high securityvoorzieningen in Engeland worden verregaande specificaties gesteld met betrekking tot dit aspect, waarvan er enkelen reeds werden opgesomd (cf. supra).

In Italië zijn beveiligingsmaatregelen beperkt tot hekwerk, CCTV en luchtsluizen, hoewel een aantal REMS open zijn (Di Lorito, Castelletti, Tripi, et al., 2017).

7 Intersectorale samenwerking

- Best practices

In 2011 werd in Nederland gestart met het programma Kwaliteit Forensische Zorg vanuit de idee dat samenwerking binnen het forensische veld de kwaliteit en effectiviteit ten goede komt. Kwaliteit Forensische Zorg lanceert oproepen aan forensische zorgaanbieders om op basis van een concrete vraag van de programmacommissie een plan van aanpak in te dienen voor de ontwikkeling van een behandelinterventie, richtlijn of praktijknorm. Vanaf 2016 wordt door Divisie Forensische Zorg/Justitiële Jeugdinrichtingen (ForZO/JJI) meer aandacht gevraagd voor het implementeren van projectresultaten van Kwaliteit Forensische Zorg zodat er kan worden gestimuleerd, gefaciliteerd en bevorderd waar nodig (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019d).

In dit verband kan ook verwezen worden naar het peer review proces in Engeland, waarbij instellingen lid moeten zijn van het QNFMHS en de audit op deze manier door collega's gebeurt (cf. supra). Ook in Nederland gebeurt de audit op deze manier (S. Van Bodegom, persoonlijke communicatie, 29 januari 2020).

In het Engelse referentiekader voor low en medium securityvoorzieningen worden verder een aantal partners benoemd waarmee samengewerkt moet worden:

- NHS Engeland;
- High en low security voorzieningen;
- NHS/independent/third sector providers;
- Local mental health services (including Psychiatric Intensive Care Units (PICU) en community mental health services);
- Advocacy services;
- Carer support services;
- Department of Health (DH);
- Ministry of Justice (MoJ);
- Courts;
- Police;
- Her Majesty's Prison and Probation Service (HMPPS);
- Multi Agency Public Protection Arrangements (MAPPA);
- Health and justice commissioned offender health services;
- Offender Personality Disorder (OPD) Services;
- Social care agencies;
- Care quality commission;
- Appropriate regulators;
- Housing associations and other accommodation agencies.

De high securityvoorzieningen moeten onderling samenwerken en afstemmen op elkaar. Ze moeten tevens beschikken over een protocol inzake het delen van klinische informatie met andere partners.

De Offender Personality Disorder (OPD) strategie (Engeland) benadrukt het belang van gedeelde interventies en samenwerking tussen gevangenis, justitiehuis en forensisch psychiatrische voorzieningen. Doorheen de zorgpaden voor daders met een persoonlijkheidsstoornis wordt ondersteuning en advies verleend door klinici in hun samenwerking met justitieassistenten. Ook het zorgtraject wordt gezamenlijk uitgestippeld (Foyston, Taylor, & Freestone, 2019).

In het referentiekader van Schotland (low, medium en high security) wordt gesteld dat de organisatie voor elke norm moet aantonen dat ze regelmatig contact hebben met relevante externe organisaties met het oog op een effectieve samenwerking met lokale partners en voor benchmarking en kwaliteitsverbetering.

Het Australische normenkader stelt dat er contacten en samenwerkingsverbanden moeten zijn met reguliere psychiatrische diensten, gebruikers- en 'carer' organisaties, andere relevante diensten (onder andere diensten die drug- en alcoholgerelateerde ondersteuning bieden),

algemene gezondheidszorg en sociale diensten. Er moet ook een procedure zijn met betrekking tot het delen van informatie en participatie bij casemanagement. Er wordt verder veel belang gehecht aan intersectorale ontslagplanning.

Elke betrokken partner engageert zich voor een intersectorale samenwerking in functie van forensische trajecten:

- Rechterlijke instanties (SURB, ...)
- Justitiehuizen
- Gevangenis (PSD, zorgteam, ...)
- GGZ (zowel ambulante/mobiel als residentieel)
- Actieve participatie aan het betrokken intersectoraal forensisch netwerk
- Samenwerking met andere reguliere sectoren
- Cf. supra

Doelstellingen samenwerking

- Afspraken rond verwijzing
- Casusbesprekingen
- Continuïteit van zorg nastreven
- In- en uitstroom van patiënten gezamenlijk organiseren
- Cf. supra

Hoofdstuk 4

Voorstellen extra criteria

1 Inschatting ontvluchtingsgevaar

- Literatuur

Kennedy (2002) integreert het risico op ontvluchting (en de risico's verbonden aan een ontvluchting) bij het bepalen van de beveiligingsnood (cf. supra).

Daarnaast kan het relevant zijn om – naast de inschatting van de kans op recidive – het risico op ontvluchting in te schatten in het kader van verlofbesluitvorming. Uit onderzoek blijkt dat dit niet op een gestructureerde manier gebeurt (Lyll & Bartlett, 2010). In een effectiviteitsonderzoek bleek dat het implementeren van een beslissingsbeleid omtrent verlof het percentage ontvluchtelingen met een-derde verminderde. Het beleid bestond uit de ontwikkeling van een gestandaardiseerd aanvraagformulier voor verlof dat in multidisciplinair team besproken moet worden (Simpson, Penney, Fernane, & Wilkie, 2015):

- gestructureerd klinisch oordeel gebaseerd op enkele factoren van de HCR-20, namelijk schending voorwaarden/regels, middelengebruik, inzicht, klinische stabiliteit en behandelcompliance;
- omschrijven van het doel van het verlof, met name in relatie tot rehabilitatie;
- opsommen van de risico's en voordelen van het verlof, met name slachtoffergerelateerde kwesties, attitude van de patiënt ten aanzien van verlof en risico's van het niet-toekennen van verlof.

Naast het feit dat een daling in het aantal ontvluchtelingen werd waargenomen, zorgde dit beleid ook voor consistente en transparante besluitvorming. Het is echter onduidelijk of het aantal verlofboekingen ook daalde naar aanleiding van het nieuwe beleid, wat een verklaring kan zijn voor een daling in het aantal ontvluchtelingen. Verder bleek dat frustratie en verveling vaak de oorzaak waren van de ontvluchtelingen. Ook in Nederland werd het (tbs-)verlofbeleid aangepast naar aanleiding van enkele ernstige recidives die plaatsvonden tijdens verlof. Zo stelde de commissie-Visser een onafhankelijk Adviescollege Verlofvoetsing TBS in, werden jaarlijkse verlof-evaluaties verplicht gesteld en werden de klinieken verplicht verlofaanvragen te voorzien van een (actuele) risicotaxatie. Deze maatregelen hadden een daling in het aantal onttrekkingen en ontvluchtelingen tot gevolg. Een neveneffect is echter dat ook het aantal patiënten met een verlofmachtiging daalde, terwijl de gemiddelde intramurale verblijfsduur steeg (Ter Horst, Jessen, Bogaerts, & Spreen, 2015).

Hoewel het aantal ontvluchtelingen, de duur ervan en het risico voor de maatschappij (in termen van (gewelddadige) recidive) beperkt lijken, hebben deze incidenten wel een grote impact op het behandel- en herstelproces van de patiënt (Wilkie, Penney, Fernane, & Simpson, 2014). Hoewel er diverse motivaties waren voor ontvluchting, werd verveling en frustratie het vaakst vernoemd (Wilkie et al., 2014).

- Best practices

In Engeland en Schotland wordt ontvluchting als criterium geïncorporeerd in het onderscheid tussen de verschillende beveiligingsniveaus. Aspecten omtrent ontvluchtingen worden expliciet opgenomen in het referentiekader.

2 Fysieke gezondheid

- Literatuur

De levensverwachting bij personen met een psychiatrische stoornis is minstens 10 jaar korter dan bij de algemene populatie, overwegend door somatische oorzaken (Walker, McGee & Druss, geciteerd in Bergman et al., 2018). Ook de sterftcijfers bij forensisch psychiatrische patiënten zijn hoog, hoger dan een controlegroep van ex-gedetineerden maar gelijkaardig aan deze bij personen met schizofrenie. De aanwezigheid van een ernstige psychische stoornis heeft dus mogelijk een niet te onderschatten invloed. Dit gaat namelijk vaak gepaard met een ongezonde levensstijl zoals fysieke inactiviteit, voedingsconsumptie, roken en middelgebruik (Fazel, Fiminska, Cocks, & Coid, 2016; Vasudev, Thakkar, & Mitcheson, 2012). Zo werd er bijvoorbeeld een hoger percentage obesitas vastgesteld binnen forensisch psychiatrische populaties, met andere gezondheidsproblemen tot gevolg (Long, Rowell, Gayton, Hodgson, & Dolley, 2014). Maar ook bijwerkingen door medicamenteuze behandeling zijn niet bevorderend voor de gezondheid. Na opname in een beveiligde setting wordt de fysieke gezondheid gekenmerkt door gewichtstoename, obesitas en roken (Vasudev et al., 2012). Een nauwe samenwerking met de eerstelijns-partners en een rookbeleid (inclusief rookvrije ziekenhuizen) kan mogelijk een positief effect ressorteren (Fazel, Fiminska, et al., 2016). Ook adequate mondzorg kan de levenskwaliteit en welbevinden verbeteren (Buunk-Werkhoven, Dijkstra, Schaub, van der Schans, & Spreen, 2010). Dit bleek uit het onderzoek naar de effectiviteit van een nieuwe strategie voor mondzorg binnen een Nederlandse forensisch psychiatrische instelling. De interventie bestond uit het verlenen van een conventionele tandheelkundige behandeling met daarnaast een professionele reiniging door de mondhygiënist nadat voorlichting en instructies waren gegeven over de dagelijkse mondverzorging. Het onderzoek toonde daarnaast aan dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan behandelangst bij patiënten (Buunk-Werkhoven et al., 2010). Ook het toevoegen van een kinesist aan het multidisciplinaire team kan een meerwaarde zijn (Bergman et al., 2018). Uit het onderzoek van Bergman et al. (2018) bleek dat het maximale zuurstofopnamevermogen (VO_2max) bij een forensisch psychiatrische populatie met een gemiddelde leeftijd van 33 jaar vergelijkbaar was met dit van gezonde 70- à 80-jarige mannen. Naast het feit dat een lage VO_2max een risicofactor is voor hart- en vaatziekten, heeft dit ook een negatief effect op het uitvoeren van dagdagelijkse taken, vrijetijdsbesteding en arbeid. Ook een trager wandelvermogen en lage mate van fysieke activiteit bij een substantieel deel van de populatie werd vastgesteld. Het opvolgen, aanmoedigen en integreren van fysieke activiteit zou daarom volgens de auteur onderdeel moeten uitmaken van het behandelplan.

Oudere patiënten met een ernstige psychische stoornis functioneerden doorgaans slechter op cognitief vlak in vergelijking met andere forensische patiënten (Hives, Karyadi, Nitch, & Kinney, 2018). Dit heeft met name relevantie voor longstay afdelingen. Zo werd in Engeland vastgesteld dat longstay patiënten significant ouder zijn dan andere forensische patiënten. Ongeveer één derde was ouder dan 50 jaar (Duke, Furtado, Guo, & Völlm, 2018). De fysieke gezondheid bij longstay patiënten dient daarom bij voorkeur extra nauw te worden opgevolgd. Natarajan en

Mulvana (2018) pleiten zelfs voor gespecialiseerde afdelingen voor oudere patiënten. Dit in tegenstelling tot de ervaringen van Vlaamse oudere geïnterneerden, die geen vraag hadden naar leeftijdsgelateerde faciliteiten (De Smet et al., 2015). De ervaringen van oudere patiënten (vaak gedefinieerd als 50 jaar of ouder) over forensische zorg is in het algemeen positief (Visser, MacInnes, Parrott, & Houben, 2019). Studies bevestigen de hoge fysieke noden van deze doelgroep. Van belang bleek tevens de leeftijdsbalans op een afdeling. Hoewel de aanwezigheid van meer jeugdige patiënten geen probleem vormt, was contact met leeftijdgenoten wel belangrijk (Visser et al., 2019). Natarajan en Mulvana (2018) pleiten voor de inclusie van expertise met betrekking tot de fysieke gezondheidszorg zoals verpleegkundigen onderlegd in zowel fysieke als psychische gezondheid, geriater, logopedist, diëtist en kinesist. Ze stellen daarnaast dat biologische leeftijd primeert op kalenderleeftijd.

Uit onderzoek blijkt dat het inzetten op een gezonde levensstijl niet evident is. In een piloot-onderzoek bij 15 medium securitypatiënten werd een opvolgingsformulier met betrekking tot de fysieke gezondheid ontwikkeld en diverse interventies georganiseerd. Deze interventies bestonden uit het aanmoedigen van patiënten om samen met een sportcoach fysieke activiteit te ondernemen, deel te nemen aan groepsessies ‘gezonde levensstijl’ (omtrekt de thema’s dieet, fysieke activiteit en stoppen met roken) en te starten met lipiden verlagende middelen. Het merendeel van de patiënten nam op het moment van het onderzoek antipsychotica. Er werd een daling in het cholesterolgehalte waargenomen (mogelijk omwille van de lipiden verlagende middelen) met een daling in het cardiovasculair risico tot gevolg. Maar in het algemeen bleek het moeilijk om de patiënten zelf aan te zetten tot een gezondere levensstijl (Vasudev et al., 2012).

Niet enkel patiënten moeten gestimuleerd om hun fysieke gezondheid te bevorderen. Ook personeel moet dit actief opvolgen en ondersteunen. Haddad, Llewellyn-Jones, Yarnold en Simpson (2016) ontwikkelden een eenvoudig en duidelijk persoonlijk fysieke gezondheidsplan en organiseerden een korte educatieve sessie voor de zorgverleners. Uit de follow-up meting bleek dat zowel de kennis als de attitude omtrent fysieke gezondheid bij de zorgverleners verbeterde.

Tot slot past het includeren van de fysieke gezondheid ook binnen de herstelgerichte visie, waar fysieke gezondheid doorgaans als een expliciete parameter wordt meegenomen.

- Best practices

In Engeland zijn er diverse initiatieven met betrekking tot de fysieke gezondheid. Op een medium securityafdeling werd de functie ‘gezonde levensstijl coördinator’ gecreëerd, een verpleegkundige die de aspecten rond fysieke gezondheid beheert aangewezen en vergaderingen georganiseerd om het belang te benadrukken. Periodiek wordt hier de temperatuur, hartslag, bloeddruk en gewicht gemeten en voedingsscreening uitgevoerd (Hallett & Hewison, 2012).

Ook is er in diverse ziekenhuizen sprake van een totaal rookverbod binnen de beveiligde perimenter, bijvoorbeeld in de medium securityafdeling van Northampton en het Rampton high security ziekenhuis. Binnen de medium securityafdeling had dit nauwelijks effect op stoppen met roken. Sommige personeelsleden vonden het dan weer een goede zaak, omdat de rookmomenten niet meer interfereerden met therapeutische activiteiten (Parkes et al., 2015). In de high security instelling werd na het rookverbod geen verhoogd gebruik van psychotrope medicatie waargenomen, en ook zelfbeschadiging en storend gedrag was niet significant verschillend van voor het rookverbod (Cormac et al., 2010).

Fysieke gezondheid neemt tot slot ook een prominente plaats in binnen het Engelse referentiekader. Deze moeten in kaart gebracht worden en de patiënt moet toegang hebben (of

de toegang moet gefaciliteerd worden) tot tweedelijnszorg indien nodig. Ze moeten ook voorzien in eerstelijnsinterventies zoals gezondheidsbevordering en somatische screening. Dit moet tevens opgenomen worden in het patiëntendossier. Normen voor low en medium securityvoorzieningen die betrekking hebben op de fysieke gezondheid betreffen verder:

- percentage patiënten die geregistreerd zijn bij de huisarts;
- percentage patiënten die geregistreerd zijn bij een tandarts;
- percentage patiënten met een verbeterplan met betrekking tot hun fysieke gezondheid;
- in kaart brengen van de fysieke gezondheid;
- toegang (toegang moet gefaciliteerd worden) tot tweedelijnszorg indien nodig. Ook voorzien in eerstelijnsinterventies zoals gezondheidspromotie en screening van de fysieke toestand. Dit moet opgenomen worden in het patiëntendossier.
- vrouwelijke patiënten kunnen terecht bij een vrouwelijke huisarts.

Ook binnen de richtlijnen voor low en medium securityvoorzieningen wordt hier een expliciet hoofdstuk over opgenomen, waarvan twee richtlijnen (2/6) als essentieel worden beschouwd:

- De fysieke noden worden in kaart gebracht binnen 72 uur na opname en halfjaarlijks herbeoordeeld; frequenter indien nodig. Patiënten worden geïnformeerd over de resultaten en dit wordt tevens opgenomen in het patiëntendossier. Een meer concrete aanbeveling betreft de informatie die verzameld moet worden: medische voorgeschiedenis (van patiënt en diens familie), huidige medicatie, fysieke observaties, somatisch onderzoek, bloedtesten, fysieke symptomen, levensstijl factoren en levensstijl advies.
- Een reanimatiekit is beschikbaar binnen drie minuten. De reanimatiekit wordt onderhouden en wekelijks nagekeken, en na elk gebruik.

Op vlak van voeding moet er keuze zijn in de maaltijden, de maaltijden moeten evenwichtig zijn en voldoen aan specifieke dieetregelingen en voldoende zijn (kwantiteit). Maaltijden moeten daarnaast gevarieerd zijn en rekening houden met culturele en religieuze noden.

De normen met betrekking tot high securityvoorzieningen zijn gelijklopend:

- Voorzien in eerstelijnsinterventies zoals gezondheidsbevordering en somatische screening.
- Controle van de fysieke gezondheid op dag één van de opname. Indien dit klinisch niet aangewezen is, binnen de eerste week na opname of uitzonderlijk zo snel als mogelijk wanneer dit veilig kan gebeuren. Daarna moeten ook regelmatige controles georganiseerd worden.
- Toegang tot eerstelijnszorg zoals een tandarts en optiker. De patiënt moet ook beschikken over informatie hierover (bijvoorbeeld openingsuren). Eerstelijnszorg moet binnen hetzelfde tijdsbestek aangeboden kunnen worden als binnen de algemene bevolking. Er is een jaarlijkse algemene gezondheidscontrole. Specifiek dient er ook ondersteuning geboden te worden in het stoppen met roken en gewichtsmanagement.

3 Routine Outcome Monitoring (ROM)

- Literatuur

Routinematige behandel-evaluatie kan de basis vormen van diverse beslissingen, zoals met betrekking tot vrijheden, definitieve invrijheidstelling of geschikte behandelprogramma's of -trajecten (Ter Horst, van Ham, Spreen, & Bogaerts, 2014). Volgens Shinkfield en Ogloff (2014) dient de evaluatie binnen forensische psychiatrie te gebeuren op vier domeinen: (klinisch/ psychosociaal) functioneren, herstel, risico en zorgpad ('placement pathway'). Zes instrumenten bleken hiervoor geschikt, hoewel geen enkel instrument alle domeinen in kaart brengt (Shinkfield & Ogloff, 2014). In Nederland wordt de behandelvoortgang gemeten via het Instrument voor Forensische Behandel-evaluatie (IFBE), dat gebaseerd is op de klinische indicatoren van een risicotaxatie-instrument, de HKT-R. De methodiek bestaat erin dat alle disciplines en eventueel de cliënt zelf de indicatoren scoren. De resultaten worden visueel weergegeven en vormen de basis voor de behandelplanbespreking.

- Best practices

In het referentiekader van Nederland zijn drie indicatoren gelinkt aan ROM: meten van de ernst van de problematiek, recidiverisico en verandering van het recidiverisico (cf. supra). Deze indicatoren zijn enkel verplicht voor de behandelsettings (FPC, PPC, klinische zorg overig en ambulante behandeling). In 2019 werden hiervoor volgende instrumenten aangereikt: HoNOS, Mate7, DROS, de combinatie MANSAS-STABLE-2007, HCR-20^{v3}, HKT-R en FARE. In 2020 zijn dit: BPRS, DROS, HoNOS-12, IFBE/IFpBE, Mate7, B-SAFER, FARE, HCR-20^{v3}, HKT-R, SAVRY (jeugd), SRP, Static/Stable-2007/Acute-2007, START.

Het Australische referentiekader stelt dat het verzamelen en analyseren van routine uitkomstmaten noodzakelijk is om de diensten te kunnen evalueren.

4 Meten van patiënttevredenheid en bevorderen van patiëntparticipatie

- Literatuur

In lijn met de herstelgerichte visie ligt het betrekken van de visie van patiënt zelf op zijn/haar behandeling. Uit een onderzoek naar kwaliteit van zorg blijkt dat in het bijzonder patiëntparticipatie erg negatief beoordeeld werd (Selvin, Almqvist, Kjellin, Lundqvist, & Schroder, 2019). Het meten van patiënttevredenheid is een essentieel onderdeel binnen de forensisch psychiatrische behandeling. Onderzoek heeft namelijk aangetoond dat kwaliteit van leven een beschermende factor is voor recidive op zowel korte als lange termijn (Abidin et al., 2013). Ook het feit dat de forensische patiënten in vrijheidsbeperkende omstandigheden verblijven maakt dat patiënttevredenheid een essentieel onderdeel moet zijn binnen de behandeling (Mann et al.). Een andere reden is het gegeven dat forensische patiënten vaak langere tijd in opname zijn vergeleken met patiënten binnen reguliere psychiatrie (Cannon, Taylor, & Friedman, 2018). Onderzoek bij geïnterneerden in Vlaamse medium securityafdelingen en Waalse high securityafdelingen laat een gemiddelde opnameduur zien van ongeveer 4.5 jaar. De gemiddelde opnameduur voor de medium security populatie in Vlaanderen was bijna 1.5 jaar, voor de high security populatie in Wallonië bijna 8.2 jaar (Pham et al., 2019). Tot slot kan het samenzitten met de patiënt om te komen tot een gedeeld behandelplan ook motivatiebevorderend werken (Segal, Daffern, Thomas, & Ferguson, 2010). Het belang van het betrekken van de patiënt bij zijn eigen

behandelproces blijkt ook uit de resultaten van het Zweedse onderzoek van Hörberg, Sjögren en Dahlberg (2012), die de beleving van patiënten in kaart brachten. Hoewel er enkele goede ervaringen werden aangegeven, werden deze overschaduwed door negatieve gevoelens zoals onzekerheid en onmacht. De zorg wordt door de patiënten beschreven als niet-zorgende, paternalistische zorg.

Kwaliteit van de zorg dient idealiter beoordeeld te worden via een bevraging van zowel patiënten als personeel (Lundqvist & Schröder, 2015; Schroder, Agrim, & Lundqvist, 2013). Een verschil in perceptie moet aanzetten tot reflectie over de mogelijke oorzaken van verschillen (Selvin et al., 2019), wat aanleiding kan geven tot het verbeteren van de zorg (Lundqvist & Schröder, 2015). Uit het onderzoek van Lundqvist en Schröder (2015) en Selvin et al. (2019) bleek dat personeel de kwaliteit van zorg in het algemeen beter beoordeelden dan patiënten. Verrassend genoeg bleek er een grote overeenstemming te zijn omtrent de perceptie van patiëntparticipatie – die te laag zou zijn (Lundqvist & Schröder, 2015).

Selvin, Almqvist, Kjellin en Schroder (2016) onderzocht de perceptie van het concept patiëntparticipatie door de patiënten zelf. Hieruit komt naar boven dat patiëntparticipatie bereikt kan worden via:

- invloed: Dit gaat over communicatie en dialoog, maar ook over het (actief) betrokken worden bij beslissingen over hun eigen zorg. Hierbij moet ook de geestelijke toestand in rekening genomen worden (zonder over- of onderschatting).
- vertrouwen, zowel in (leden van) het team als in de (zinvolheid van de) behandeling. Ook wederzijds vertrouwen is belangrijk.
- eigen verantwoordelijkheid: Participatie aan activiteiten en zelf initiatief nemen. Patiënten erkennen daarenboven dat ze hierin soms ook aangemoedigd en ondersteund moeten worden door de zorgverleners.

Livingston, Nijdam-Jones, Lapsley, et al. (2013) onderzochten de effectiviteit van interventies om patiëntbetrokkenheid te vergroten. De interventies bestonden uit een peer support programma (geleid door ervaringsdeskundigen), patiëntenadviescommissie en een patiënt onderzoeksteam. De kwantitatieve resultaten lieten weinig positieve veranderingen zien. Enkel deelname aan het peer support programma was geassocieerd met een stijging op vlak van persoonlijk herstel en een daling van het geïnternaliseerd stigma. Op basis van de kwalitatieve bevraging werden wel verbeteringen aangegeven op vlak van patiëntbetrokkenheid en de manier waarop ze zorg ervaren. De auteurs gaven verder aan dat voor een goed verloop van de interventies veel tijd en (personeels)middelen nodig zijn. Daarnaast bleek er weerstand te bestaan bij het personeel (met name verpleegkundigen). Om deze reden werd aanbevolen om te investeren in het opleiden van personeel met betrekking tot de principes en methodes van patiëntbetrokkenheid, patiëntgerichte zorg, herstel en gerelateerde principes.

Wanneer de ervaringen van patiënten met de forensische geestelijke gezondheidszorg werden bevraagd, gaven zij aan respect, empathie, sympathie, responsiviteit, aanwezigheid en beschikbaarheid, gezamenlijke besluitvorming en het behandeld worden als een gelijke belangrijk te vinden (Møllerhøj & Stølan, 2018).

- Best practices

In Nederland zijn patiënttevredenheidsmetingen verplicht voor alle settings, en dit minimaal eens per twee jaar. Ze moeten daarbij jaarlijks twee verbeterpunten opsommen die uit het patiënttevredenheidsonderzoek voortkwamen. Er wordt geen verplichting gesteld aan de instrumenten die gebruikt moeten worden. Deze indicator is overigens ook niet meer opgenomen in het normenkader voor 2020.

In Engeland moeten de low en medium security settings het percentage patiënten aangeven die een tevredenheidsenquête hebben vervolledigd. Daarnaast moeten ze aangeven bij hoeveel patiënten met een afgeronde 'Patient Reported Experience Outcome Measures' (PREOM) een algemene verbetering wordt gezien met betrekking tot hun ervaring.

Binnen de high securityinstelling Broadmoor werd een model ontwikkeld waarbij de noden en overeenkomstige interventies in kaart gebracht worden. Door tegemoet te komen aan de noden, kan de kwaliteit van leven verbeterd worden. Dit kan enkel door in te zetten op een combinatie van interventies (Glorney et al., 2010). Segal et al. (2010) stelt in dit verband dat het in kaart brengen van noden geen substituuat kan zijn voor risicotaxatie. Meer noden impliceert niet per definitie een verhoogd risico op recidive.

In de inleidende tekst van het Schotse referentiekader wordt expliciet gesteld dat patiëntgerichtheid zeer belangrijk is, en dat hun perspectieven mee vorm moeten geven aan de ontwikkeling van standaarden.

De Forensic Psychiatric Care Act in Zweden stelt dat de behandeling, voor zover mogelijk, moet gebeuren in samenspraak met de patiënt (Selvin et al., 2016).

In Australië moeten de patiënten zoveel als mogelijk betrokken worden bij besluitvorming.

In de Mason Clinic in Nieuw-Zeeland wordt gebruik gemaakt van twee gebruikersadviseurs die contacten onderhouden met de patiënten, hun ervaringen en visies bevragen en ervoor zorgen dat deze visies vertegenwoordigd zijn in alle aspecten van planning, implementatie en dienstverlening (Cannon et al., 2018).

5 Kwaliteit van leven

- Literatuur

Kwaliteit van leven wordt vooropgesteld als uitkomstmaat voor herstel (supra “forensische herstelgerichte benadering”).

In Nederland werden patiënten bevraagd over wat voor hen belangrijk is om de kwaliteit van leven te maximaliseren (Vorstenbosch, Bulten, Bouman, & Braun, 2010). Hieruit komen volgende thema's naar boven:

- Erkenning als mens;
- Autonomie, waarbij er een balans is tussen zelfbeschikking en begrenzing;
- Mentale stimulatie;
- Vrijtijdsbesteding;
- Gezamenlijke activiteiten;
- Affectieve sociale contacten;
- Mogelijkheid tot vrijstellingen (toestaan van uitzonderingen op de regels);
- Persoonlijke leefruimte (het inrichten van de eigen kamer);
- Afdelingsklimaat (gezelligheid, goede contacten en veiligheid);
- Fysieke leefomgeving en privacy.

Uit onderzoek bleek verder dat het betrokken zijn bij betekenisvolle activiteiten, beveiligingsniveau van de afdeling, gevoel van veiligheid, afdelings- en sociale klimaat en therapeutische relatie gerelateerd is aan kwaliteit van leven (Bressington, Stewart, Beer, & MacInnes, 2011; O' Flynn et al., 2018; Schel, Bouman, Braun, & Bulten, 2016). Bovenstaande thema's stemmen overeen met de herstelgerichte thema's volgens patiënten (supra “forensische herstelgerichte benadering”). Daarnaast bleek uit het onderzoek van Schel et al. (2016) dat de mentoren de kwaliteit van leven van hun patiënten onvoldoende kunnen inschatten.

Het concept sociaal klimaat – belangrijk met betrekking tot kwaliteit van leven, maar ook met betrekking tot agressie (cf. supra) – werd onderzocht via een literatuurstudie door Doyle, Quayle en Newman (2017). Hieruit bleek dat sociaal klimaat een multifactorieel begrip is, waarbij zowel fysieke, organisationele als patiënt- en personeelskenmerken een invloed hebben. Een therapeutisch sociaal klimaat kan bereikt worden via ondersteuning van personeelsleden (bijvoorbeeld via reflectie of opleiding), een heldere afdelingsethiek en een persoonsgerichte aanpak die empowerment van de patiënt vergroot. Een therapeutische omgeving op infrastructureel vlak kan bereikt worden via afzonderlijke behandelruimtes, eenpersoonskamers, duidelijke zichtlijnen en vormgeving waarbij het contact tussen patiënt en zorgverlener gefaciliteerd wordt (cf. supra “infrastructuur”).

Ervaringen en noden van longstay patiënten in China met betrekking tot kwaliteit van leven hadden betrekking op gevoelens van hopeloosheid (met betrekking tot hun psychische stoornis en ontslag) en eenzaamheid. Ze hadden tevens een lage eigenwaarde, depressieve gevoelens, slaapproblemen en het gevoel geen vrijheid te hebben. Ook beperkingen met betrekking tot roken zorgden voor stress. De auteurs stellen voor om contacten met familieleden te stimuleren en om sociale activiteiten te organiseren. Om het zelfbeeld te verbeteren worden vrijetijdsactiviteiten en workshops met betrekking tot jobgerelateerde en interpersoonlijke vaardigheden

aangeraden. Ook het creëren van jobmogelijkheden en ondersteuning bij het stoppen met roken wordt aanbevolen (Zhong et al., 2019).

Om de noden binnen een forensische populatie in kaart te brengen zijn er diverse instrumenten beschikbaar, zoals de CANFOR. Op dit vlak is momenteel een initiatief lopende op Vlaams niveau, namelijk de BelRAI GGZ-studie (Van Horebeek et al., 2019).

- Best practices

Eén van de indicatoren voor low en medium securityafdelingen is het aangeven van het percentage automutilatie-incidenten per ligdag.

6 Ervaringsdeskundigen

- Literatuur

Het belang van ervaringsdeskundigen voor het herstelproces blijkt uit de studies van Turton et al. (2011) en Livingston, Nijdam-Jones, Lapsley, et al. (2013).

Binnen het programma Kwaliteit Forensische Zorg werd een literatuur- en praktijkonderzoek gedaan naar het betrekken van ervaringsdeskundigen in de forensische geestelijke gezondheidszorg (Bierbooms et al., 2017). Er werd geconcludeerd dat er nauwelijks evidentie bestaat voor het effect van ervaringsdeskundigen. Wel konden er enkele succes- en faalfactoren worden afgeleid. Zo is een herstelgerichte benadering een cruciale randvoorwaarde. Daarnaast is het van belang dat de ervaringsdeskundigen niet enkel ervaring hebben met een psychiatrische aandoening, maar ook met het plegen van een delict en detentie en/of behandeling in een gesloten setting.

- Best practices

In Nederland is in 2019 een platform ontstaan met 29 forensische ervaringsdeskundigen en het EFP. Doelstelling was om een antwoord te zoeken op de vragen “Hoe kan je ervaringsdeskundigheid inzetten in de organisatie?” en “Hoe kan de ervaringsdeskundige zich het beste profileren?”. Dit platform zal in 2020 verder uitgebouwd worden in de vorm van: implementatiebijeenkomsten voor managers en ervaringsdeskundigen; een platform van forensische ervaringsdeskundigen die naar gelang de vraag kunnen participeren in projecten, processen en onderzoeken; intervisiebijeenkomsten voor forensische ervaringsdeskundigen aan de hand van thema's en casuïstiek. (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2020). Er werd tevens een KFZ-studie uitgevoerd naar ervaringsdeskundigheid in de forensische GGz. Ten tijde van de studie werd vastgesteld dat er in zo'n 25% van de forensische instellingen in Nederland gewerkt met ervaringsdeskundigen (Bierbooms et al., 2017). Op basis van deze studie werden tevens do's en don'ts geformuleerd met betrekking tot de implementatie van ervaringsdeskundigen.

Hoofdstuk 5

Discussie

Het formuleren van een algemene discussie is geen sinecure – zo niet onmogelijk – vanwege de veelheid aan thema's in het referentiekader. Een opvallend gegeven bij het literatuuroverzicht is evenwel de aandacht die uitgaat naar herstelgerichte thema's, waarbij ook patiënten bevroegd worden. Patiëntenparticipatie en herstel lijken dus essentiële thema's binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg anno 2020. Dit betekent evenwel niet dat risico-inschatting en -management op de achtergrond verdwijnt. Het blijft hier zoeken naar een evenwicht tussen beide – soms schijnbaar tegenstrijdige – benaderingen.

Een belangrijke bedenking bij de literatuur is hier op zijn plaats. Studies waren vaak kwalitatief van aard en gebaseerd op zeer kleine steekproeven. Dit maakt de evidentie weinig robuust, hoewel er een grote overlap was in de resultaten van de studies. Bevindingen zijn overigens vaak een mening van de auteurs zelf, zonder empirische basis.

In andere landen bestaat er een kluwen van richtlijnen, maar de verplichte criteria blijven doorgaans summier en vaag. Dit maakt dat het een en ander voor interpretatie vatbaar is. Engeland lijkt alleszins de voortrekker te zijn, en dient vaak ter inspiratie voor andere landen.

Op basis van bovenstaande bevindingen kunnen tevens enkele toekomstige onderzoeklijnen worden uitgezet:

- *Herstelgerichte thema's* winnen aan belang. De huidige literatuur focust echter met name op het bevragen van (kleine steekproeven van) patiënten en personeel over hun mening omtrent dit thema. Ook het onderzoek van een link naar uitkomstmaten zoals recidive, drop-out, kwaliteit van leven, ... lijken essentieel om het belang van deze benadering te onderbouwen.
- In lijn met het vorige thema blijkt ook een gebrek aan evidentie voor het effect van *ervaringsdeskundigen*.
- Effectiviteitsonderzoek naar zowel algemene *behandelmodellen* (zoals RNR en GLM) als specifieke behandelprogramma's.
- *Risicomanagement*. De literatuur focust met name op de psychometrische kwaliteiten van risicotaxatie-instrumenten. Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten *an sich* is echter onvolgende om preventief te zijn. Deze moeten vertaald worden naar risicomanagement- en behandelplannen. Over deze vertaling is veel minder geweten, evenals over het feit of dit leidt tot recidivevermindering.

LUIK 2 – AMBULANT/MOBIEL CATEGORAAL

Inleiding

Met betrekking tot de categorale residentiële forensische geestelijke gezondheidszorg werd via expertmeetings reeds een algemeen kader gecreëerd voor een referentiekader, dat dan verder werd uitgediept en onderbouwd via best practices in andere landen en wetenschappelijke literatuur. Voor de categorale ambulante en mobiele forensische geestelijke gezondheidszorg wordt een andere beweging gemaakt. Aan LUCAS en KeFor werd gevraagd om op basis van de wetenschappelijke literatuur en buitenlandse (beleids)documenten of standaarden op zoek te gaan naar bruikbare handvatten, best practices en kwaliteitseisen voor de opmaak van een referentiekader voor de ambulante/mobiele categorale zorg.

Ook voor dit luik behelst de doelgroep alle personen die strafbare feiten gepleegd hebben of hiervan verdacht worden, die opgevolgd worden door een justitiële instantie en binnen dit kader een behandeling of begeleiding dienen te volgen, met uitzondering van kinderen en jongeren. Ook de VAPH-sector valt buiten het toepassingsgebied van dit referentiekader.

In onderhavig document wordt – voor zover mogelijk – een opsplitsing gemaakt tussen enerzijds ambulante forensische projecten en anderzijds mobiele forensische teams. Het is echter niet steeds duidelijk of het over ambulante dan wel mobiel teams (of beide) gaat. Zo wordt er bijvoorbeeld gesproken over ‘Forensic Outreach and Liaison Services’ en ‘community forensic mental health services’. Om deze reden wordt soms de oorspronkelijke benaming gebruikt in de tekst. Met betrekking tot mobiele teams verwijzen de Assertive Community Treatment (ACT) teams naar mobiele equipes voor reguliere psychiatrische patiënten. Het gaat hier over intensieve zorg voor patiënten met de meest ernstige problematiek, die vaak ook zorgmijndend zijn. Flexible ACT (F-ACT) is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT, gericht op een bredere groep patiënten met een langdurige zorgbehoefte. Aan de meer stabiele patiënten wordt outreachende individuele behandeling aangeboden. Wanneer het slechter gaat, wordt de zorg opgeschaald, wat betekent dat wordt overgegaan op intensieve ACT-zorg. In de Angelsaksische literatuur verwijst FACT echter naar de forensische variant van ACT-teams. Daarom wordt deze variant aangeduid als F-ACT, om het onderscheid visueel duidelijk te maken. Forensische ACT- en F-ACT-teams worden in Nederland benoemd als For(F)ACT. Forensische ACT (in de tekst aangeduid als ‘FACT’) teams zijn gespecialiseerde teams die enkel patiënten met een strafrechtelijk verleden/statuut begeleiden.

Hoewel binnen het ambulante circuit doorgaans gesproken wordt over cliënt, werd hier de term patiënt gebruikt vanwege de consistentie met luik 1.

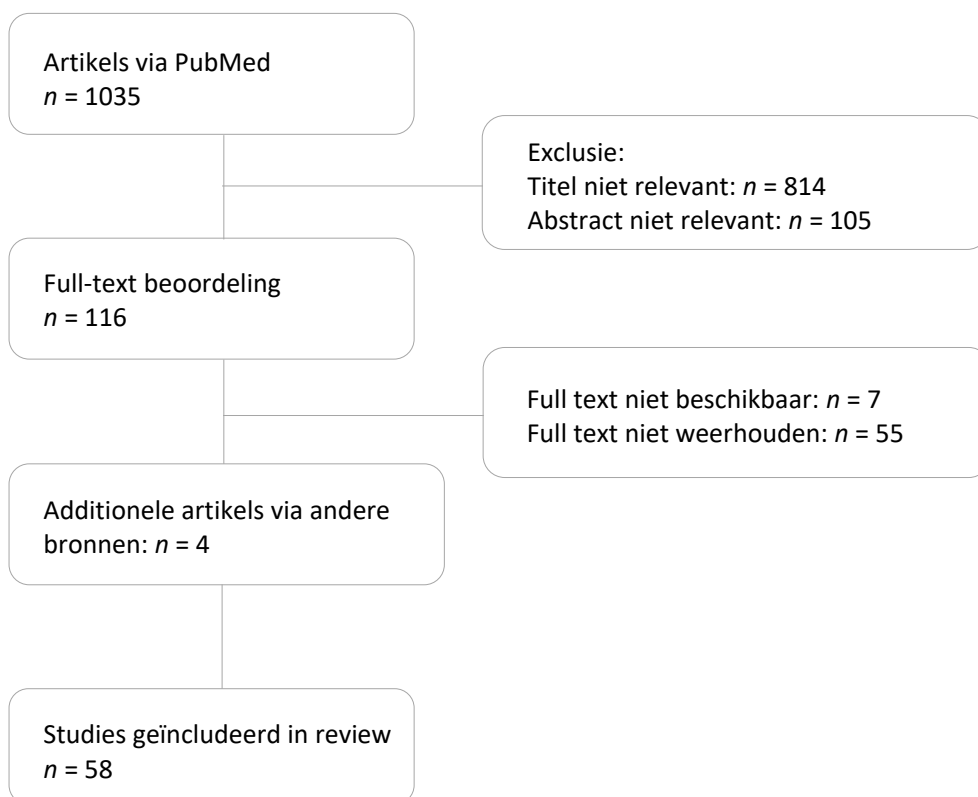
Hoofdstuk 6

Methodologie

1 Peer review artikels

Voor onderstaande rapid review werden de volgende zoektermen ingegeven in de database PubMed (d.d. 24 januari 2020): (“forensic psych*” OR “mental* ill offender*” OR “mental* disorder* offender*”) AND (outpatient OR ambulatory OR community). Daarnaast werden een aantal exclusiecriteria gehanteerd: case studies, publicaties vóór 2010, hoofdstukken en boeken, taal anders dan Engels of Nederlands, plegers met een verstandelijke beperking, adolescentie daders, huisvestingsinitiatieven en specifieke instrumenten of interventies/programma’s (psychodiagnostiek, behandelprogramma’s, risicotaxatie-instrumenten). Dit leverde 1035 (unieke) artikels op. Na de titel- en abstractscreening werden 919 artikels geëxcludeerd. Zeven artikels konden niet worden geraadpleegd.

Vanwege tijdsbeperkingen werden de literatuurlijsten van de geïnccludeerde artikels niet gescreend op mogelijke andere relevante artikels. Wel werden aanvullend twee artikels geïnccludeerd omwille van de hoge relevantie (beschrijving van FACT-model en beschrijving van de praktijk van mobiele teams in Engeland en Wales). Tijdens de literatuurstudie van luik 1 werden twee relevante bronnen weerhouden voor het huidige luik. Uiteindelijk werden 58 artikels gelezen en geïnccludeerd.



Figuur 2 Schematische weergave selectieproces van de peer reviewed artikels

2 Beleidsdocumenten

Naast peer review artikels werd tevens gezocht naar de best practices van andere landen via beleidsdocumenten. Ook hier werden teksten in een andere taal dan Nederlands of Engels buiten beschouwing gelaten en werden er geen tijdsbeperkingen ingesteld. Alle gevonden richtlijnen dateren echter van na 2010, en beperken zich overigens tot Nederland en Engeland. Informatie omtrent Canada en de Verenigde Staten werd verkregen via de zoekmachine Google; voor de andere landen uit peer review artikels.

Hier geldt dezelfde kanttekening als bij het residentieel categorale luik, namelijk dat de richtlijnen losstaande criteria betreffen die soms voor interpretatie vatbaar zijn. Verificatie hiervan bij contactpersonen in de betreffende landen is daarom aanbevolen.

Hoofdstuk 7

Best practices

1 Nederland

1.1 Verplicht normenkader

De verplichte standaarden – genaamd ‘Kernset prestatie-indicatoren forensische psychiatrie’ (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019c, 2019f) – zijn van toepassing op de forensische geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en zorg voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking. In onderstaand rapport wordt enkel toegespitst op de settings ambulante behandeling en beschermd wonen/ambulante begeleiding.

Tabel 6 Verplichte indicatoren in 2019 voor de diverse settings binnen Nederland

Indicator	Setting	
	Ambulante behandeling	BW/ambulante begeleiding
0 Totaal aantal forensische patiënten dat in het verslagjaar bij de organisatie in behandeling/ begeleiding is geweest	X	X
1 Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij patiënten 1.1 Beginmeting 1.2 Vervolgmeting 1.3 Eindmeting	50%* 35% X	
2 Continuïteit van zorg na afloop van de strafrechtelijke titel 2.1 % patiënten dat vervolgzorg nodig 2.2 % patiënten dat vervolgzorg nodig, en waarvoor juiste vervolgzorg werd gerealiseerd	X X	X X
3 Het op systematische wijze meten van het recidiverisico 3.1 Beginmeting 3.2 Vervolgmeting	40%* X	
4 Het meten van de verandering van het recidiverisico 4.1 Beginmeting 4.2 Vervolgmeting		
5 Recidive tijdens en na afloop van de strafrechtelijke titel		
6 Voortijdige beëindiging van de behandel- of begeleidingsovereenkomst	Max. 33%	Max. 33%
7 Agressie-incidenten 7.1 Agressie-incidenten/alle incidenten 7.2 Agressie-incidenten/alle patiënten		
8 Patiëntervaring over de (voortgang van de) behandeling/begeleiding	X	X

* Financiële consequentie verbonden aan het niet naleven van de normering.

In 2019 waren er negen verplichte indicatoren, waarvan drie indicatoren niet van toepassing waren op de ambulante sector (zie tabel 2). In de indicatorenlijst voor 2020 zijn er nog drie indicatoren verplicht, waarvan er slechts één verplicht is voor de ambulante begeleidingen en beschutte woonvormen.

Tabel 7 Verplichte indicatoren in 2020 voor de diverse settings binnen Nederland

Indicator	Normering per setting	
	Ambulante behandeling	BW/ambulante begeleiding
1 Risicotaxatie: aanwezigheid van een geldige meting (afhankelijk van de meettermijnen per instrument)	60%	
2 Continuïteit van zorg	X	X
3 Ernst van de problematiek	60%*	

* *exclusief patiënten met een primaire seksuele stoornis en persoonlijkheidsstoornissen en met de zorgtitel verdiepingsdiagnostiek of schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden.*

Om het risico bij volwassen daders te bepalen moeten de ambulante diensten beroep doen op één van volgende instrumenten (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2019c):

- B-SAFER (Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk), ten minste jaarlijks;
- FARE (Forensische Ambulante Risico Evaluatie), ten minste halfjaarlijks;
- SRP (Stalking Risk Profile), ten minste jaarlijks;
- SSA (Static, Stable, Acute), ten minste jaarlijks;
- START (Short Term Assessment of Risk and Treatability), ten minste elk trimester.

Volgens Kusters, van Horn en Cnossen (2018) gebruiken de forensische (F)ACT-teams met name de START voor het inschatten van de kans op recidive.

Veranderingen in de ernst van de problematiek worden minstens jaarlijks in kaart gebracht door middel van één van onderstaande instrumenten:

- BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale);
- DROS (Dynamic Risk Outcome Scales);
- HoNOS-12 (Health of the Nation Outcome Scales);
- IF(p)BE (Instrument voor Forensische (poliklinische) Behandeling Evaluatie);
- Module 7 van de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie).

In een literatuuroverzicht over het gebruik van risicotaxatie-instrumenten in de Nederlandse ambulante praktijk (voor volwassenen) bleek dat 14 instrumenten worden gehanteerd, in hoofdzaak volgens het gestructureerd klinisch oordeel (van Horn, Eisenberg, & Uzieblo, 2016).

1.2 Richtlijnen forensische (F)ACT

Sinds 2007 heeft Nederland forensische (F)ACT-teams (For(F)ACT), inmiddels zo'n 20 (Kusters et al., 2018). Het indicatiebesluit voor For(F)ACT is gebaseerd op het ongestructureerd klinisch oordeel (cf. luik 1) waardoor de indicatiecriteria verschillend worden geïnterpreteerd. Zo verwijst de term 'forensisch' in sommige teams enkel naar patiënten met een justitiële titel, terwijl andere teams ook patiënten includeren bij wie sprake is van (een risico op) delictgedrag. Ook de term 'psychiatrisch' kent diverse invullingen, gaande van klinische stoornissen tot een ruimere interpretatie (Kusters et al., 2018). In 2015 is een update gekomen van de klinische indicatiecriteria van van Veldhuizen en Bähler (geciteerd in Kusters et al., 2018): (1) Aanwezigheid van meervoudige, complexe problemen op diverse levensgebieden met comorbide middelengebruik en/of lichte verstandelijke beperking; (2) forensische titel of

delictgedrag en weinig zelfcontrole over delictgedrag, (3) Ernstige functionele beperkingen op ten minste twee terreinen (dagelijks functioneren (zelfzorg), werk, dagactiviteit of huishouden, handhaven van de veiligheid, financieel beheer, sociale contacten), (4) slechte, matige of grillige samenwerking en (5) patiënt kan de vicieuze cirkel niet doorbreken (Polhuis, geciteerd in Kusters et al., 2018). In de praktijk bleek dat slechts de helft van de patiënten voldoet aan bovenstaande criteria (Kusters et al., 2018)

In het rapport van Place, Van Vugt, Kroon en Neijmeijer (2011) wordt een overzicht gegeven van de patiëntenpopulatie binnen acht forensische ACT- en FACT-teams. Hieruit blijkt onder andere het grote aandeel persoonlijkheidsstoornissen (67%, waarvan ongeveer een derde een antisociale persoonlijkheidsstoornis had) en verslavingsproblematieken.

Uit praktijkverkenning bij acht forensische ACT- en FACT-teams bleken er verschillen te bestaan tussen de teams, met name met betrekking tot:

- de doelgroep;
- de teamsamenstelling, o.a. met betrekking tot al dan niet inclusie van reclasseringsmedewerkers;
- de mate waarin wordt voldaan aan forensische of (F)ACT-principes.

Op basis van bovenstaand onderzoek naar de patiëntenpopulatie van forensische (F)ACT-teams in Nederland, de praktijkverkenning en een literatuuronderzoek werd een modelbeschrijving opgesteld (Place et al., 2011). Deze modelbeschrijving is bedoeld als handvat voor (startende) forensische (F)ACT-teams met betrekking tot de samenstelling van het team, het (forensische) zorgaanbod, de samenwerking met (justitiële) partners en de organisatie van de zorg. Er werden tevens twee modelgetrouwheidsschalen ontwikkeld, één voor de forensische ACT-teams (FORDACTS; zie bijlage 4) en één voor de forensische FACT-teams (FORFACTS; zie bijlage 4). Hiermee kan getoetst worden in hoeverre een praktijk overeenkomt met het ideaaltypisch model (Place et al., 2011).

- Inhoudelijke criteria
 - Forensische ACT-teams dienen, net als reguliere ACT-teams, te voldoen aan de algemene ACT-principes zoals outreachend werken, shared caseload²⁶, multidisciplinaire aanpak, intensieve zorg (lage caseload) en 24-uurs beschikbaarheid. Deze principes worden door verschillende auteurs als essentiële componenten gezien van de ambulante (ACT) zorg aan de forensisch psychiatrische doelgroep.
 - Forensische ACT-teams moeten nauw samenwerken met justitiële instanties, zoals rechtbank en reclassering. Onder andere moet er informatie-uitwisseling tussen verschillende instanties zijn²⁷.
 - Behandeling en toezicht moeten in forensische (F)ACT-teams hand in hand gaan. Dat kan door een reclasseringsmedewerker in het team op te nemen, maar ook door intensief samen te werken met de reclassering.
 - Forensische (F)ACT-teams moeten beschikken over forensische expertise.
 - Hulpverleners van forensische (F)ACT-teams moeten in staat zijn een vertrouwensband op te bouwen met patiënten, maar moeten tegelijkertijd ook structuur kunnen bieden en helder en consequent zijn. Uitdaging waarvoor hulpverleners van forensische ACT-teams staan is om de

²⁶ Dit betekent dat professionals met verschillende achtergronden (disciplines) nauw samenwerken in één team, kennen en verantwoordelijk zijn voor alle cliënten (van Vugt, 2015).

²⁷ Er wordt echter niet gesteld welke informatie gedeeld kan/moet worden.

juiste balans te vinden tussen de wensen van de patiënt, de behandelbehoefte of –noodzaak en de veiligheid van de samenleving.

- Het team heeft een belangrijke taak in risicomanagement. Monitoring en risicotaxatie vormen hiervan wezenlijke onderdelen.
- Het team moet geïntegreerde behandeling bieden aan dubbele diagnose patiënten. Daarnaast moet het team een aanbod hebben op het gebied van agressie- en impulsregulatie alsmede op het gebied van rehabilitatie, zoals vaardigheidstrainingen en psycho-educatie.
- Het forensisch ACT-team moet intensief samenwerken met het sociale netwerk van de patiënt. Het sociale netwerk vormt een belangrijke bron van steun en kan tevens een rol spelen in de monitoring van de patiënt.
- Het team moet intensieve zorg kunnen leveren. Dit impliceert een lage caseload.
- Het team moet langdurige, zo nodig levenslange ondersteuning kunnen bieden.
 - De ondersteuning moet zich richten op verschillende levensgebieden, waaronder financiën, huisvesting en arbeid. Van belang is dat het team de patiënt ondersteunt bij het verkrijgen van toegang tot diensten en zorg in de samenleving.
 - Het team moet continuïteit van zorg kunnen bieden. Dit betekent ook dat de patiënt bezocht moet worden tijdens detentieperiodes.
- Doelgroep
 - Ruime definitie van het begrip ‘forensisch’: Forensische (F)ACT-teams zouden zich moeten richten op mensen met een ernstige psychiatrische stoornis, die vanuit die stoornis een (aanzienlijk) delictgevaar opleveren voor de samenleving en langdurende behandeling, begeleiding en toezicht nodig hebben om met zo min mogelijk delictrisico en symptomen zoveel mogelijk aan de maatschappij deel te nemen. Mensen die een veroordeling of detentieopname hadden in het verre verleden zouden tot de forensische doelgroep kunnen behoren indien er tevens een actueel risico bestaat op crimineel gedrag en de specifieke zorg van een forensisch team noodzakelijk is.
 - Ruime definitie van het begrip ‘psychiatrisch’: zowel patiënten met as 1 problematiek als patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Het moet daarbij wel steeds gaan over zeer kwetsbare mensen die een behoefte hebben aan zowel zorg, behandeling als monitoring. (Ex-)justitiabelen met een hoog risico op recidive maar zonder duidelijke zorg- en/of behandelbehoefte komen eerder in aanmerking voor reclasseringstoezicht of (gedwongen) forensisch poliklinische behandeling dan voor forensische (F)ACT.
- Doelstelling
 - Verbeteren van het welzijn van patiënten;
 - Reduceren van het risico op recidive. Het taxeren van risico's en het daarop interveniëren met als doel om herhaling van delicten te voorkomen (risicomanagement) behoren tot de kernactiviteiten van de forensische psychiatrie, en daarmee ook van forensische (F)ACT-teams.

- Functie en positionering
 - Opschalen van de zorg: opname- en detentievoorkomende functie voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen die vaak al wel bekend zijn bij politie en justitie maar nog niet of voorwaardelijk veroordeeld zijn.
 - Afbouwen van de zorg: re-integratie van patiënten die reeds een strafrechtelijk feit begaan hebben en daarvoor in detentie hebben gezeten of behandeld zijn geweest in een forensisch psychiatrische setting.
 - Om beide functies te kunnen realiseren moeten de forensische (F)ACT-teams goed ingebed zijn in de gehele forensisch psychiatrische zorgketen, van het begin tot het eind. Het gaat hier over forensisch psychiatrische behandelinstellingen (tbs-klinieken, FPK's, FPA's, PPC's), Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ-)teams, reguliere ACT-teams, veiligheidshuizen, welzijnsorganisaties, Openbaar Ministerie, politie, ...
- Team
 - Samenstelling
 - Psycholoog: uitvoeren van psychologische test en interventies, ondersteunen en deels uitvoeren van risicotaxaties en het opstellen van terugvalpreventieplannen, (coördineren van de) formele rapportage naar justitie, toezicht op teamdynamiek, dossierhouder van een aantal patiënten en de gebruikelijke taken zoals alle teamleden.
 - Psychiater
 - Arbeidsdeskundige: ondersteuning bij het vinden van geschikte functies, opstellen van CV, sollicitaties, uitleg van onderbrekingen in het arbeidsverleden, al dan niet bespreekbaar maken van het delict verleden en zo ja, op welke manier. Idealiter via de evidence based methodiek van individual placement and support (IPS) waarbij arbeidstoeleiding en – ondersteuning worden gecombineerd.
 - Maatschappelijk of sociaaljuridisch werker: aanvragen van uitkeringen, ontwikkelen van taakstraffen, uitstellen van uithuisplaatsing, regelen van een nieuwe woning, opschorten van boetes, onderhouden van contact en bemiddelen met externe instanties zoals woningcorporaties of schuldeisers, consultatieve functie voor andere teamleden die ook algemene maatschappelijk werktaken op zich nemen.
 - Ervaringsdeskundige: In de modelgetrouwheidsschaal voor de reguliere ACT teams – de Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (DACTS; Teague, Bond, & Drake, 1998; Nederlandse vertaling: CCAF, 2009) – wordt het includeren van een ervaringswerker als norm gesteld. Zij dienen full time verbonden te zijn aan het team en als hulpverlener werkzaam te zijn, met dezelfde verantwoordelijkheden als andere teamleden. De FACTS (Functie Assertive Community Treatment Scale; CCAF, 2010, 2017) verlangt van FACT teams dat zij op 200 cliënten, minimaal 0,8 fte ervaringswerkers in dienst hebben. In de huidige Nederlandse praktijk van de forensische teams is er nog maar weinig ervaring opgedaan met betrekking tot het inzetten van ervaringsdeskundigen, onder andere omwille van praktische moeilijkheden (bijvoorbeeld het voorleggen van een Verklaring omtrent Gedrag; VOG). Er wordt alleszins aanbevolen om ervaringsdeskundigen goed te begeleiden en voldoende scholingsmogelijkheden te voorzien.

In tabel 13 wordt een schematisch overzicht gegeven van de gewenste formatieomvang per discipline. Deze cijfers liggen hoger dan de individuele caseload (cf. infra 'caseload').

Tabel 8 Formatieomvang voor de diverse disciplines

	Forensisch ACT-team	Forensisch FACT-team
Psycholoog	1:100	1:200
Psychiater	0.8 à 1:100	0.8 à 1:200
Arbeidsdeskundige	2:100	1:100
Maatschappelijk werker	1:100	1:200
ervaringsdeskundige	Niet gespecificeerd	Niet gespecificeerd*

* binnen de reguliere FACT-teams wordt de norm gesteld op 0.8:200.

- Basishouding en –vaardigheden
 - Generalistische insteek, waarbij over de grenzen van de eigen discipline heen wordt gekeken en gewerkt;
 - Samenwerken;
 - Geduld, empathie, optimisme, flexibiliteit;
 - Kunnen opbouwen van een wederkerige relatie met de patiënt;
 - Kunnen toepassen van de presentiebenadering²⁸, motiverende gespreksvoering en oplossingsgerichte technieken;
 - Grenzen kunnen stellen en drangmaatregelen kunnen toepassen;
 - Aandacht voor een herstelgerichte benadering;
 - Accepterende, onbevooroordeelde grondhouding;
 - Stressbestendigheid;
 - Creativiteit;
 - Specifiek met betrekking tot patiënten met een lichte verstandelijke beperking
 - Aansluiten bij niveau van sociaal-emotionele ontwikkeling;
 - Bieden van een veilige omgeving en creëren van gunstige omgevingscondities;
 - Stabiel team;
 - Gemeenschappelijke visie;
 - Opbouwen van een vertrouwensband;
 - Aanpassen van communicatie (eenvoudig, bondig, concreet, herhaling, tempo, visuele hulpmiddelen);
 - Structuur bieden;
 - Helpen bij het uitbouwen en versterken van praktische en sociale vaardigheden, en bij de toepassing ervan in verschillende situaties;
 - Benadering op positieve, competentiegerichte manier.

²⁸ De presentiebenadering is een manier van werken die de relationele afstemming tussen zorggever en cliënt als basis voor hulp en steun ziet. Goede zorg ontstaat vanuit het zorgvuldig aansluiten bij en afstemmen op de ander, en op wat hij of zij nodig heeft. Leefwereldgerichtheid en perspectiefwisseling zijn daarin centrale begrippen. Presentie richt de zorg in via relationeel programmeren: vanuit de relatie blijkt wat goede zorg is voor deze cliënt(en) op dit moment. De eigen vakkennis blijft intact, maar de relatie stuurt hoe die kennis wordt aangewend. De presentie neemt radicaal het perspectief van de ander in als leidraad voor de zorg – in plaats van de logica van de methodiek (Baart, 2001).

- Forensische expertise
 - Delictanalyse;
 - Risicotaxatie, inclusief getraind zijn in het gebruik van risicotaxatie-instrumenten;
 - Risicomanagement en daarbij horende interventies (inbouwen van controlemomenten, inschakelen en inzetten van het sociale netwerk, verplichte inname van medicatie) en methodieken (terugvalpreventieplannen, signaleringsplannen);
 - Kennis van het strafrechtstelsel;
 - Omgaan met weerstand en vaardigheden op vlak van motiverende gespreksvoering;
 - Persoonlijkheidsstoornissen en acting-out gedrag;
 - Herstelgerichte zorg;
 - Lichte verstandelijke beperking.
- Werkwijze en organisatie van forensische (F)ACT
 - Caseload
 - Patiënten worden door het gehele team begeleid (gedeelde caseload).
 - Lage caseload vanwege feit dat bezoek bij een deel van de patiënten vanuit veiligheids-overwegingen door (minstens) twee teamleden dient te gebeuren, meer tijd nodig is voor onderhouden van externe contacten (meerdere partners) en voor formele verslaggeving en juridische procedures.
 - Forensisch ACT-team 1:8;
 - Forensisch FACT-team 1:13.
 - Multidisciplinair aanbod
 - Verschillende soorten behandelingen en begeleiding: psychiatrische diagnostiek en behandeling, verslavingszorg, trajectbegeleiding, woonbegeleiding, rehabilitatie en praktische hulp, zelfstandig en flexibel uitvoeren.
 - Toevoeging maatschappelijke/sociaaljuridische hulpverlening;
 - Speciale aandacht voor het vinden van geschikte huisvesting.
 - Continuïteit van zorg
 - Team is betrokken bij de planning van opname en ontslag;
 - Niet verantwoordelijk voor de opname en de (planning van de) invrijheidstelling, maar wel samenwerken met de instelling om geïnformeerd te blijven over de voortgang en toekomstige invrijheidsstelling (ontslag) van de patiënt;
 - Regelmatig contact met justitiële ketenpartner en participeren in behandelbesprekingen;
 - Contact tijdens opname/detentie
 - Kortdurende opname: 1 keer per week face-to-face contact;
 - Langdurende detentie in justitiële setting zonder zorg: vinger-aan-de-pols contact;
 - Langdurende detentie in justitiële setting met zorg: geen contact noodzakelijk;
 - Laatste maanden detentie: meer betrokkenheid.
 - Langdurende zorg
 - Het individuele delict risico is bepalend.
 - Indien het delict risico is herleid tot aanvaardbare proporties kan doorstromen naar regulier (F)ACT-team of andere zorgvorm gebeuren.
 - In dat geval blijft belangrijke consultatieve functie wel behouden.

- Het aflopen van strafrechtelijke maatregel betekent niet het einde van de opvolging, maar financiering moet hierop voorzien zijn.
- Bindende hulpverlening
 - Gebruik van bindende, assertieve technieken en juridische maatregelen;
 - ‘Legal leverage’: gebruik van juridische druk. Hiervoor is een nauwe samenwerking noodzakelijk met juridische partijen zoals advocaten, politie, openbaar ministerie, rechtbanken en reclasseringsmedewerkers;
 - ‘Contingency management’: operante conditionering met behulp van financiële bekrachtigers. Er worden geen concrete voorstellen gedaan over welke financiële bekrachtigers ingezet moeten/kunnen worden.
- Bereikbaarheid en crisisinterventie
 - 24/7 bereikbaarheid;
 - Indien dit niet haalbaar is, dienen er geprotocolleerde afspraken gemaakt te worden met de acute/crisisdienst.
- FACT-bord
 - Een patiënt wordt op het FACT-bord geplaatst wanneer er sprake is van een extra zorgbehoefte of extra beveiligingsbehoefte. Hierbij kan gedacht worden aan (1) een toename van symptomen/crisis, (2) overlast, (3) verwaarlozing, (4) zich niet houden aan de afspraken, (5) zorgmijndend gedrag, (6) patiënten die regelmatig worden opgenomen, (7) na opname, (8) intensivering van behandeling (bijvoorbeeld instellen van nieuwe medicatie), (9) life events, (10) nieuwe patiënten²⁹ en (11) dreiging delictgedrag.
 - De dreiging van delictgedrag wordt beoordeeld door het team en niet door een individueel teamlid.
 - Het betreft dus intensieve teamzorg (ACT) op indicatie.
 - Voor reguliere teams bestaan er reeds standaardprocedures rond het starten en beëindigen van deze zorg.
- samenwerking met (justitiële) ketenpartners
 - Forensisch psychiatrische behandelinstellingen;
 - Partners aan het begin van de (forensisch) psychiatrische keten (om opname- en detentievoorkomend te kunnen werken);
 - Samenwerking op casuïstiek- als beleidsniveau (i.c. samenwerkingsafspraken omtrent procedures, werkwijze, afstemming, privacy);
 - Samenwerking met reclassering is essentieel.
- Zorgaanbod
 - Dubbele diagnose model
 - Patiënten met psychische stoornissen en verslaving worden geïntegreerd behandeld; tegelijkertijd en door hetzelfde team.

²⁹ In de FACT-schaal wordt hierover vermeld dat nieuwe patiënten drie weken op het bord staan zodat meerdere teamleden en verschillende disciplines hun beeld kunnen vormen en eventueel met de cliënt in gesprek kunnen gaan (CCAF, 2010).

- Risicotaxatie en –management
 - Taxeren van risico's en het daarop interveniëren met als doel om herhaling van delicten te voorkomen (risicomanagement) behoort tot de kernactiviteiten;
 - Risicotaxatie
 - Gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten wordt sterk aanbevolen;
 - Zoveel als mogelijk in teamverband en op basis van consensus;
 - Minimaal eenmaal per jaar.
 - Risicomanagement
 - Terugvalpreventieplan is een belangrijk onderdeel;
 - Jaarlijkse evaluatie;
 - In overleg met de patiënt en meerdere disciplines;
 - Met input van externe relevante partijen.
- Forensische interventies
 - Aanbieden van trainingen op vlak van agressieregulatie, impulsregulatie en/of emotieregulatie; zowel individueel als in groep;
 - Interventies gericht op het voorkomen van specifieke delicten (zoals huiselijk geweld, stalking of zedendelicten)
 - Zelf of via verwijzing;
 - Kennis van de interventies die geschikt zijn;
 - Kennis van het aanbod binnen de eigen instelling en regio;
 - Actieve toeleiding.
- Psychologische interventies
 - Aanbod met betrekking tot cognitieve gedragstherapie en traumabehandeling;
 - Minimaal 15% van de patiënten bereiken.
- Sociaal netwerk: nauwe samenwerking
- Financiering
 - Voorkeur voor gemengde financiering (Justitie én Volksgezondheid);
 - Vooral in de beginperiode voldoende middelen voorzien.

Forensische (F)ACT-teams kunnen een audit aanvragen bij het Centrum Certificering ACT en FACT (CCAF), waarbij ze een keurmerk kunnen behalen.

1.3 Time-out

Wanneer patiënten tijdens hun invrijheidstelling op proef ambulantly begeleid worden, kunnen zij residentieel worden opgenomen in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis voor een periode van maximaal zeven weken, die eenmaal verlengd kan worden (Nagtegaal & Boonmann, 2016; Art. 509bis Wetboek van Strafvordering).

2 Engeland

2.1 Verplicht normenkader

In de verplichte standaarden voor low security voorzieningen, zijn ook de criteria voor forensische outreach en liaison diensten (Forensic Outreach and Liaison Services; FOLS) opgenomen (National Health Service, z.d.-a).

Het doel van deze diensten wordt beschreven als “to provide timely, safe and effective transitions from secure in patient services to the community for high risk patients and to provide expert advice to and liaison with other stakeholders in relation to this population” (National Health Service, z.d.-a; p. 35).

De kernpunten binnen deze standaarden zijn de volgende:

- Geven van (gespecialiseerd) advies en een liaisonfunctie voorzien. Dit onder andere om een opname in een beveiligde setting te voorkomen of net om tijdig een opname in een beveiligde setting te voorzien.
- Continue beoordeling van de psychische gezondheid, formulering en behandeling om herstel te bevorderen en risico te managen tijdens en na doorstroom tussen diensten.
- Continue zorg en ondersteuning voor patiënten die gespecialiseerde interventies vereisen met het doel herstel in psychiatrische problematiek en recidive te voorkomen.
- De beslissing om iemand te includeren is gebaseerd op een uitgebreide risicotaxatie en beoordeling over hoe risico's en herstelnoden geadresseerd kunnen worden.
- Samenwerken met andere diensten en voorzieningen, met name (forensische) ambulante teams.
- Betrekken van de patiënt, diens familie en 'carers'.
- Faciliteren van de doorstroom naar ambulante (forensische) teams.
- Vroege betrokkenheid in het zorgtraject, ook wanneer de patiënt nog binnen een residentiële setting verblijft.
- Multidisciplinair team:
 - Met kennis van de wetgeving en het strafrechtstelsel;
 - Met expertise met betrekking tot risicotaxatie en –management en met aandacht voor een herstelgericht zorgplan;
 - Met kennis van relationele en procedurele beveiliging;
 - In nauwe samenwerking met eerste- en tweedelijnspsychologische zorg, andere stakeholders binnen het strafrechtstelsel en third sector organisations³⁰

³⁰ Vanwege het feit dat sommige Engelstalige termen moeilijk vertaalbaar zijn naar de Vlaamse situatie, werd hier de oorspronkelijke term behouden. De term refereert naar “the range of organisations that are neither public sector nor private sector. It includes voluntary and community organisations (both registered charities and other organisations such as associations, self-help groups and community groups), social enterprises, mutuals and co-operatives.”

2.2 Forensische richtlijnen

De College Centre for Quality Improvement (CCQI) van de Royal College of Psychiatrists (RcPsych; ook wel het college genoemd) ontwikkelden richtlijnen voor community forensic mental health services (Kenney-Herbert, Taylor, Puri, & Phull, 2013). Deze werden ontwikkeld op basis van vragenlijsten binnen de faculteit forensische psychiatrie en het QNFMHS, een literatuuronderzoek en expertgroepen van forensische psychiatrie binnen ambulante forensische diensten.

De staff-to-patient norm van 1:10 voor ACT-teams zou ook minstens de norm moeten zijn voor community mental health teams. Voor consulterend psychiaters zou dit 1:40 moeten zijn. De focus van FACT-teams ligt op relationele beveiliging, eerder dan fysieke beveiliging.

In de richtlijnen zijn 77 criteria opgenomen, onderverdeeld in drie secties: zorgmodel, veilige werkomgeving (materiële, procedurele en relationele beveiliging) en beleid.

Kernpunten:

- Multidisciplinair en in samenwerking met andere organisaties (multi-agency);
- Expertise in beoordeling, behandeling en management van personen met complexe psychiatrische en sociale noden die een significant risico vormen op ernstig schadelijk gedrag ten aanzien van anderen;
- Crisis- en noodplannen;
- Risicotaxatie via het gestructureerd professioneel oordeel;
- Overeenkomsten met de lokale geestelijke gezondheidszorg en crisisdiensten; overeenkomsten crisisopnames;
- Herstelgerichte aanpak: geïndividualiseerde zorgplannen in samenspraak met de patiënt en gericht op patiëntgerichte uitkomstmaten, maar binnen de context van risicomangement-principes;
- Expertise met betrekking tot de beoordeling van gezondheids- en sociale noden, inclusief het tegemoetkomen aan noden met betrekking tot vrije tijd, werk, opleiding, spiritualiteit en huisvesting. Hiervoor bestaan er samenwerkingsverbanden met andere diensten.
- 24/7 beschikbaarheid in geval van crisis of andere noden van patiënten;
- In overeenstemming met slachtoffergerichte voorwaarden;
- Voldoende tijd (of ruimte) voor patiëntconsultaties (op de ambulante dienst of thuis);
- Informeren van de patiënt, bijvoorbeeld met betrekking tot informatiedeling, doel van huisbezoeken en consultaties, bereikbaarheid bij dringende gevallen;
- Procedures met betrekking tot verwijzing;
- Gespecialiseerde interventies gerelateerd aan de criminogene noden zoals een persoonlijkheidsbeoordeling en een gestructureerd klinische risico-inschatting;
- Nauwe samenwerking met beveiligde settings, en vroege betrokkenheid in het zorgtraject;

- Fysieke beveiliging
 - Er is een vaste werkplek, afzonderlijk of als onderdeel van een gebouw.
 - Consultaties vinden plaats in een geschikte locatie die veilig (ook ten aanzien van het recidiverisico van de patiënt) is voor het personeel.
 - Indien de locatie bezocht wordt door patiënten en ‘carers’:
 - moet er een receptie zijn;
 - moeten er duidelijke zichtlijnen zijn bij de in- en uitgang(en);
 - zijn er beveiligde ruimtes die enkel toegankelijk zijn voor clinici;
 - heeft personeel een persoonlijke alarm. Deze worden tevens op regelmatige basis getest.
 - moeten patiënten een alarm kunnen activeren indien noodzakelijk, bijvoorbeeld in de wachtruimte.
 - Medicatiebeleid en –procedures zijn actueel en dekken alle relevante aspecten zoals opslag, vervoer door mobiele medewerkers en gevaarlijke producten (bijvoorbeeld bloed).
- Procedurele beveiliging
 - Er is een operationeel beleid dat jaarlijks wordt ge-update.
 - Procedures worden jaarlijks herzien, of regelmatig indien nodig.
 - Er is een protocol met betrekking tot het delen van klinische en risicogerelateerde informatie
 - Indien de locatie bezocht wordt door patiënten en ‘carers’, moet er een beleid zijn met betrekking tot verboden zaken en dit moet duidelijk gecommuniceerd worden aan de bezoekers.
 - Er zijn protocollen met betrekking tot drug- en alcoholcontroles.
 - Er is een beleid inzake het bewaren en communiceren van gevoelig en vertrouwelijk materiaal.
 - Er is een alleenwerkersbeleid waarbij regelmatig wordt ingeschat of een bezoek door slechts één zorgverlener gepast is en waarin communicatie over waar het personeel zich bevindt en contacten met de politie is opgenomen.
 - Er is een beleid inzake intersectorale samenwerking.
- Relationale beveiliging
 - Er is een multidisciplinaire beoordeling vóór inclusie.
 - Er zijn duidelijke verwijzingscriteria, gebaseerd op risicogeschiedenis en complexiteit van de psychiatrische problematiek, en met inachtneming van de wettelijke status.
 - Er zijn minstens wekelijks multidisciplinaire besprekingen met betrekking tot actuele risico-informatie en klinische casusbespreking.
 - Er is een gedeeld begrip van risicotaxatieprincipes binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg.
 - Er is een opleidingsplan om ervoor te zorgen dat personeel relevante competenties behoudt en vaardigheden kan ontwikkelen (bijvoorbeeld verslaggeving voor de rechtbank).
 - Er zijn voldoende middelen om veilige en hoog kwalitatieve zorg te garanderen, in overeenstemming met de caseload.
 - Wijzigingen met betrekking tot de middelen worden onderworpen aan een risicobeoordeling en bestuurlijke processen.

- Elk personeelslid moet een bewijs van goed gedrag en zeden voorleggen (enhanced disclosure check).
- Er wordt ondersteuning en debriefing voorzien na ernstige incidenten.
- Het multidisciplinaire team bestaat uit of heeft toegang diverse professionele achtergronden zoals bijvoorbeeld forensische psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, forensisch en klinisch psychologen, maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, klinische farmacie.
- Er zijn (goede) samenwerkingsverbanden met probatie, ministerie van justitie, MAPPA (Multiagency Public Protection Arrangements)³¹, eerstelijnszorg, huisvestingsmaatschappijen en andere tweedelijnszorg.
- Er is een risicomanagementstrategie waarbij risicotaxatie en –management jaarlijks wordt herbekeken en onderbouwd worden door instrumenten volgens het gestructureerd professioneel oordeel (bijvoorbeeld, HCR-20, RSVP).
- Er zijn regelmatig multidisciplinaire besprekingen met het oog op klinische formulering, risicobeoordeling en besluitvorming.
- Elk personeelslid wordt regelmatig gesuperviseerd.
- Er vinden regelmatig business meetings plaats om ervoor te zorgen dat personeelsleden worden geconsulteerd met betrekking tot belangrijke aspecten van operationeel beleid/procedures.
- Er zijn geauditeerde normen voor voortdurende professionele ontwikkeling, supervisie en training.

Het beleid heeft met name betrekking op:

- Management van ernstige (onverwachte) incidenten;
- Alleenwerkers;
- Medicatiemanagement;
- GDPR;
- Bescherming van kwetsbare volwassenen;
- Bescherming van kinderen;
- Klinische supervisie;
- Incidentbespreking en business continuity plan;
- Risicotaxatie;
- Betrokkenheid van gebruikers;
- Intersectorale samenwerking;
- Management van geweld en agressie.

Ook binnen deze richtlijnen staat de patiënt centraal, waarbij wordt gesteld dat ze ook inspraak moeten kunnen hebben in (verbetering van) het beleid. Ook een herstelgerichte aanpak wordt gepromoot.

Latham en Williams (2020) beschrijven de praktijk van ‘community forensic psychiatric services’ in Engeland en Wales. Onder deze noemer vallen alle diensten die betrokken zijn bij het management van forensisch psychiatrische patiënten die zijn vrijgelaten uit de gevangenis, ontslagen uit een psychiatrisch ziekenhuis of verwezen vanuit hechtenis.³² Samengevat is er geen sprake van uniformiteit. In de praktijk blijken de community forensic mental health teams heterogeen te zijn wat betreft hun opzet. Ook de

³¹ MAPPA is geen organisatie maar een mechanisme (met een wettelijke basis) om seksuele en gewelddadige recidive te vermijden via samenwerking tussen politie-, probatie- en gevangenisdiensten.

³² Inclusief ‘court liaison’, ‘diversion services’ en ‘multi-agency risk management services’.

caseload varieert, met een mediaan van 89 patiënten. De teams zijn multidisciplinair waarbij een zorgcoördinator een caseload heeft van zo'n 12 à 20 patiënten en een psychiater van zo'n 30 tot 100 patiënten. Ook de samenstelling voor wat betreft de disciplines varieert, maar doorgaans worden psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en ergotherapeuten geïnccludeerd. Doorgaans behelst de werking elementen van zowel een parallel als van een geïntegreerd model. Dit betekent dat ze functioneren als een specifiek forensisch team – afzonderlijk van de reguliere teams – maar waarbij ze tevens advies verlenen of eenmalige assessments uitvoeren voor reguliere teams. Daarnaast bestaat er geen consensus over de instroomcriteria. De criteria behelzen doorgaans risico, juridische status, plaats van ontslag (bijvoorbeeld gevangenis of forensisch psychiatrisch ziekenhuis), specifieke behandelnoten (bijvoorbeeld zedenfeiten of stalking) en ernst van het delictgedrag. Financiering speelt hier vaak een rol in. Of een patiënt wordt geïnccludeerd wordt meestal beslist door de teamleider in multidisciplinair overleg, met uitzondering van de gevallen waarin de rechtbank beslist tot verplichte ambulante begeleiding in de maatschappij. Wanneer een regulier team een patiënt aanmeldt en het forensische team beslist de patiënt niet te includeren zullen ze doorgaans wel een verslag schrijven waarbij risicomangementadviezen worden geformuleerd. Ook met betrekking tot (het tijdstip van) doorstroom naar reguliere diensten bestaat er geen consensus, noch richtlijnen of een instrumentarium (zoals DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4; cf. literatuurstudie residentieel categoriaal).

Het gros van de patiënten die begeleid/behandeld worden binnen ambulante forensische diensten zijn personen met schizofrenie of andere psychotische stoornissen die ernstige gewelddadige feiten hebben gepleegd. Daarnaast bestaan er specifieke teams voor onder andere kinderen en jongeren, volwassenen met een primaire persoonlijkheidsstoornis, personen met een verstandelijke beperking en stalkers (Latham & Williams, 2020).

In Engeland (en Wales) zijn er drie (nationaal) geaccrediteerde evidente-based behandelprogramma's voor seksueel delinquenten: Community Sex Offender Groupwork Program (C-SOGP), Thames Valley Sex Offender Groupwork Program (TV-SOGP) en Northumbria Sex Offender Groupwork Program (N-SOGP). Gemeenschappelijke noemers binnen deze programma's zijn het werken aan slachtofferempathie, dagdagelijkse vaardigheden, cognitieve distorties en hervalpreventie. De intensiteit van het programma sluit aan bij de noden van de dader (high, medium of low) (Beech, Mandeville-Norden, & Goodwill, 2012).

3 Verenigde Staten

In 1999 werd het eerste FACT-team opgericht in de Verenigde Staten. Begin jaren '00 volgden nog andere forensische ACT-teams. In een studie tussen oktober 2007 en juni 2009 werden 27 FACT-programma's geïdentificeerd in de Verenigde Staten (Lamberti, Deem, Weisman, & LaDuke, 2011). De teams verschillen in termen van structuur en werking (Lamberti & Weisman, 2010). Dit heeft te maken met het feit dat de forensische diensten verschillen per staat, waarbij ook iedere staat zijn eigen wetgeving heeft (Every-Palmer et al., 2014). Er konden geen standaarden worden teruggevonden, enkel specifieke FACT-teams in de diverse staten. Aspecten die hierbij naar boven kwamen (hoewel niet dus uniform voor alle teams) zijn onder andere:

- Contacten vóór vrijlating of ontslag;
- Identificeren en aanpakken van criminogene factoren;
- 24/7 beschikbaarheid;

- Crisisinterventie (24/7);
- Multidisciplinair, bijvoorbeeld psychiater, verpleegkundige, maatschappelijk assistent, specialisatie drugbehandeling/huisvesting/werk, peer support;
- Individuele, groeps-, familietherapie;
- Drugtesting;
- Aanbieden van drugbehandeling en/of samenwerking met drugbehandelingscentra;
- Ondersteuning bij huisvesting en werk en/of samenwerking met huisvestingsdiensten;
- Inclusie justitie-assistent en/of nauwe samenwerking met actoren van justitie (inclusief 'legal leverage'). In de VS maakt een reclasseringsmedewerker met een specifieke toezichtstaak vaak deel uit van het forensische ACT-team (Lamberti et al., 2011; Landess & Holoyda, 2017).
- Peer support services.

4 Andere landen

Ambulante en/of mobiele forensische diensten zijn tevens aanwezig in onder andere Canada, Australië, Hong Kong, Singapore (Every-Palmer et al., 2014), Zweden (Kjellin & Pelto-Piri, 2014) en Duitsland (Konrad & Lau, 2010).

Parallel met de Verenigde Staten, zijn er ook in Canada interprovinciale verschillen. Brits-Columbia is de enige provincie met geïntegreerde forensisch psychiatrische zorgverlening (Every-Palmer et al., 2014).

In Duitsland worden alle daders van seksuele delicten die een gevangenisstraf van minstens zes maanden kregen en waarbij er een risico op recidive bestaat worden toegewezen aan ambulante centra (outpatient treatment center). Ook na een residentieel forensisch psychiatrische behandeling worden zedenplegers doorgaans begeleid door ambulante centra. In Duitsland zijn er in elke staat ambulante forensische centra. In de wetgeving wordt met betrekking tot deze centra aangegeven dat er informatie-uitwisseling moet plaatsvinden tussen alle partijen betrokken bij risicomanagement, ook vertrouwelijke informatie indien dit nodig is om recidive te voorkomen (Konrad & Lau, 2010).

In Australië zijn community forensic mental health services (CFMHS) er in verschillende vormen, gaande van een louter consultatie-liaison model (bijvoorbeeld ondersteuning van diensten voor geestelijke gezondheidszorg via gespecialiseerd advies en bijstand) tot effectieve casemanagement en behandeling. In de meeste staten wordt er een hybride aanpak gehanteerd, waarbij zowel behandeling als een consulterende functie (vaak gebaseerd op gestructureerde risicotaxatie-instrumenten) mogelijk is. Afgezonderd van Queensland en Victoria wordt er geen gebruik gemaakt van geïntegreerde forensische teams waarbij het forensische team deel uitmaakt van reguliere teams. Belangrijke taken zijn onder andere de betrokkenheid bij doorstroom van high security afdelingen of hechtenis naar de maatschappij, interventies met betrekking tot probleemgedrag (bijvoorbeeld seksueel delictgedrag) en opleiding over risicogerelateerde aspecten (Every-Palmer et al., 2014). Uit een bevraging over het gebruik van de HCR-20 bij 10 (van de 12) ambulante forensische diensten bleek iedereen het instrument te gebruiken, hoewel er verschillen werden genoteerd in aantal beoordelingen, herhaalde metingen, supervisie en training. De gemiddelde tijd om de HCR-20 af te nemen bedroeg 14 uur (Green, Carroll, & Brett, 2010).

In Italië zijn er 1,43 ambulante centra geestelijke gezondheidszorg en 1,34 dagbehandelingscentra per 100 000 inwoners. In 2015 waren er 154 personen per 10 000 inwoners in ambulante zorg (Barbui, Papola, & Saraceno, 2018). Ambulante/mobiele behandeling/begeleiding wordt voorzien door de reguliere psychiatrie. Dit is tevens het geval in Denemarken en Finland (Nakatani, 2012).

In Japan kampen volgens (Fujii, Fukuda, Ando, Kikuchi, & Okada, 2014; Nakatani, 2012) ambulante/mobiele diensten met ondermaatse personele en financiële middelen. Hierdoor zijn ze niet goed ontwikkeld en is ook crisisinterventie moeilijk realiseerbaar. Het behandelplan wordt uitgewerkt door een rehabilitatie-coördinator binnen de probatiedienst (Ando, Soshi, Nakazawa, Noda, & Okada, 2016; Nakatani, 2012). Zij vervullen een brugfunctie tussen diverse partners zoals het psychiatrisch ziekenhuis, ambulante centra, lokale administratie en welzijnsdiensten. In geval van crisis kan de patiënt opgenomen worden in een regulier psychiatrisch ziekenhuis (Nakatani, 2012). In juli 2010 waren er 368 poliklinische faciliteiten. Met name daders met een schizofrene, schizotypische en waanstoornis worden geïnccludeerd (Ando et al., 2016).

Hoofdstuk 8

Literatuurstudie

1 Forensische mobiele teams

1.1 ACT, FACT, ForACT. What's in a name?

- *Assertive Community Treatment (ACT)* teams voorzien behandeling, begeleiding en rehabilitatie van mensen met ernstige en langdurende psychiatrische aandoeningen in combinatie met een problematiek op andere levensgebieden (Bond, geciteerd in Place et al., 2011). Het gaat hier over intensieve zorg voor patiënten met de meest ernstige problematiek, die vaak ook zorgmijddend zijn. Er geldt doorgaans een caseload van 1 hulpverlener op 10 patiënten.
- *Flexible ACT (F-ACT)* is een in Nederland ontwikkelde variant op ACT, gericht op een bredere groep patiënten met een langdurige zorgbehoefte. Aan de meer stabiele patiënten wordt outreachende individuele behandeling aangeboden. Wanneer het slechter gaat, wordt de zorg opgeschaald, wat betekent dat wordt overgegaan op intensieve ACT zorg. Er is een hogere caseload van toepassing, namelijk 1:15. In de Angelsaksische literatuur verwijst FACT echter naar de forensische variant van ACT-teams. Daarom wordt deze variant aangeduid als F-ACT, om het onderscheid visueel duidelijk te maken. Forensische ACT en F-ACT teams worden in Nederland benoemd als For(F)ACT.
- *Forensic/forensische ACT (FACT)* teams zijn gespecialiseerde teams die enkel patiënten met een strafrechtelijk verleden/statuut begeleiden. Naast de nationale standaarden en kernaspecten van reguliere ACT teams ligt de focus hier op de samenwerking met actoren van justitie, het gebruik van het stok-achter-de-deur-principe (legal leverage) en het reduceren van het recidiverisico (Angell et al., 2014). Het gaat hier dus ook over 24-uurs beschikbaarheid en patiëntgerichte begeleiding die onbeperkt is in de tijd en gedaan wordt door een multidisciplinair team.
- Maar zijn er aanpassingen nodig van ACT-teams, en zo ja, welke? En zijn FACT-teams effectief in het verminderen van recidive? Onderzoek toont aan dat reguliere ACT-teams geen of een negatief effect hebben op forensische uitkomstmaten zoals detenties en arrestaties (Bond, geciteerd in Marquant, Sabbe, Van Nuffel, & Goethals, 2016). Beach et al. (2013) maakten een vergelijking tussen patiënten met een forensische status die (1) de voorbije zes maanden een arrestatie of detentie kenden, (2) meer dan zes maanden geleden een arrestatie of detentie kenden en (3) niet-forensische patiënten die werden opgevolgd door een ACT-team. Recidive – geoperationaliseerd als arrestaties of detenties – was hoger voor forensische patiënten met recente justitiële contacten. Er werden verder geen verschillen genoteerd tussen de groepen op vlak van psychiatrische heropname of woon(in)stabiliteit. Meer forensische patiënten (groep 1) waren dakloos bij aanvang en één jaar later, maar dit effect verdween na twee jaar ACT. Dit impliceert een grotere verbetering voor deze groep en de mogelijkheden van een ACT-team om patiënten hierin te ondersteunen. Daarnaast bleek dat met name het eerste jaar kritiek was (arrestaties/detenties, dakloosheid, vroeg ontslag), en dit met name voor forensische patiënten die recent in contact kwamen met het gerecht. In dit opzicht lijkt een FACT-team een meerwaarde te kunnen zijn, omwille van de focus op criminogene factoren.

1.2 Effectiviteit FACT

Almeida, Moreira, Moura en Mota (2016) stellen dat forensische mobiele begeleiding succesvol is in het vermijden van recidive. Ze concluderen dit echter op basis van de aanwezigheid van psychiatrische symptomen en geconstateerde gedragsveranderingen. De conclusies zijn dus eerder gebaseerd op indirecte uitkomstmaten en niet op objectieve recidivecijfers.

Uit de Nederlandse literatuurstudie van het Trimbos Instituut (cf. supra) bleek dat vier van de zes studies positieve resultaten laten zien met betrekking tot justitiële uitkomstmaten wanneer reguliere ACT werd vergeleken met standaardzorg voor forensische patiënten (Place et al., 2011).

Uit een recentere review van Marquant et al. (2016) blijkt in eerste instantie dat onderzoek naar FACT beperkt is ($n = 11$) en met name Amerikaanse studies betreft ($n = 10$)³³. Daarnaast betreft het gros studies zonder controlegroep ($n = 8$). Deze studies laten doorgaans een daling in het aantal arrestaties en voorhechtenis (bookings) zien. Slechts één van de drie Randomized Controlled Trials (RCT) toonde een effect op het aantal arrestaties. Dit betrof de RCT met de hoogste integriteit. Hieruit blijkt mogelijk het belang van het nauw opvolgen van het voorgeschreven model. Met betrekking tot niet-forensische uitkomstmaten is de evidentie nog beperkter. Zo werd er, zowel in de studies mét als zonder controlegroep, geen effect gevonden op het aantal opnames. Dit wordt verklaard door het feit dat opnames binnen een forensische doelgroep mogelijk een manier zijn om recidive te voorkomen. Hieruit zou daarmee het belang van crisisovereenkomsten blijken. Het algemeen welzijn (o.a. kwaliteit van leven) en klinische variabelen (o.a. ernst van middelengebruik en subjectieve stress) lijken wel te verbeteren, maar niet in hogere mate dan binnen reguliere ACT. Een belangrijke bedenking bij de resultaten is het gegeven dat het voornamelijk patiënten met een primaire psychotische stoornis betrof. Bovenstaande resultaten kunnen daarom niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar bijvoorbeeld patiënten met een (antisociale) persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast kunnen ook geen uitspraken gedaan worden over de effecten op langere termijn (> 5 jaar). De follow-up periode van de meeste studies ($n = 7$) was één à twee jaar.

Na bovenstaande review, publiceerden Neijmeijer, Verwoerd, van Vugt, Place en Kroon (2017) een longitudinale studie bij 202 patiënten binnen acht forensische (F)ACT-teams in Nederland. Er werd een verbetering vastgesteld op zowel sociaal-maatschappelijke, klinische als justitiële uitkomstmaten. Meer bepaald was er een daling in het aantal daklozen, patiënten afhankelijk van een uitkering, patiënten met problematisch drugsgebruik (alcohol en cannabis), patiënten met politie-of justitiecontacten, patiënten betrokken bij geweldsdelicten, patiënten in detentie en detentieduur. Daarnaast was er een verbetering in de (totaal)scores op de GAF, de HoNOS, HoNOS-Secure, CANFOR en HKT-20. Er werden geen verschillen gevonden met betrekking tot het aantal opnames in GGZ-, verslavings- of forensische instellingen of de gemiddelde opnameduur in deze instellingen.

Daarnaast werd er nog een Amerikaanse RCT gepubliceerd over de effectiviteit van het Rochester FACT model bij patiënten met een psychotische stoornis (Lamberti et al., 2017). De controlegroep bestond uit een eerder intensieve ambulante behandeling met onder andere een casemanager en farmacologische opvolging. Er werd een hoge integriteit genoteerd met betrekking tot zowel het ACT als het FACT model³⁴. Patiënten binnen de FACT-teams hadden na follow-up minder veroordelingen en kenden een

³³ De enige andere niet-Amerikaanse studie vond plaats in Nieuw-Zeeland.

³⁴ Hiervoor werd een Forensic Assertive Community Treatment Scale (FACTS) ontwikkeld. Deze schaal is beschikbaar via het supplement van het artikel van Lamberti et al. (2017).

kortere detentieduur dan de controlegroep. Daarnaast bleven ze langer in (ambulante) behandeling, hadden ze meer ambulante contacten en werd er minder beroep gedaan op residentiële voorzieningen. Anderzijds werden er geen verschillen vastgesteld op vlak van bezoeken aan de spoedafdeling, aantal arrestaties en aantal detenties. Het aantal bezoeken aan de spoedafdeling was mogelijk te wijten aan een outlier. Wanneer deze outlier werd geëxcludeerd uit de analyse werd er wel een significant verschil vastgesteld, namelijk minder spoedbezoeken door patiënten binnen FACT. Een andere nuance heeft betrekking op het feit dat arrestaties en wederopsluitingen vaak niet geassocieerd waren met nieuwe feiten.

Bovenstaande studies zijn echter moeilijk onderling te vergelijken. Om deze reden wordt gepleit voor een standaard of model voor forensische (F)ACT (Neijmeijer et al., 2017). In Nederland is hieromtrent een voorstel uitgewerkt (cf. supra).

Uit een bevraging bij 14 (vooral vrouwelijke) patiënten bleek duidelijk de positieve ervaringen met FACT-teams. Met name ondersteuning bij de woonsituatie en het feit dat de teams 24/7 beschikbaar zijn werd positief onthaald (Cuddeback, Pettus-Davis, & Scheyett, 2011).

1.3 Standaarden voor FACT-teams: wat zegt de literatuur?

Marquant et al. (2016) stelt dat een forensische aanpassing van een regulier model rekening moet houden met ten minste twee aspecten. Bij forensische rehabilitatie is er sprake van een hybride functie, waarbij de clinicus zowel een therapeutische relatie heeft met de patiënt en een controlerende functie heeft. Hiervoor is een goede communicatie met justitiële partners nodig. Ten tweede baseren forensische rehabilitatiemodellen zich op risicotaxatie (beoordeling voor opname).

Cuddeback, Wright en Bisig (2013) stellen dat forensische patiënten geen homogene groep zijn. Voor een goed werkend FACT-team is het daarom van belang om de (demografische en klinische) karakteristieken van de populatie in kaart te brengen. Op basis van de karakteristieken van jail diversion versus prison diversion³⁵ FACT-teams suggereerden de auteurs dat prison diversion FACT-teams zich moeten focussen op het verhogen van de zelfstandigheid, vaardigheden met betrekking tot dagdagelijkse taken, kennis over psychische stoornissen en het belang van medicatie en vroegsignalering. Jail diversion FACT-teams hebben daarentegen een jongere, minder chronische populatie en zouden zich daarom moeten focussen op het veranderen van de straatmentaliteit.

Cuddeback, Morrissey en Cusack (2008) onderzochten hoeveel FACT-teams er nodig zijn in West-Amerika. Ze hanteerden hierbij de volgende inclusiecriteria: het hebben van een ernstige en persisterende psychiatrische problematiek en drie detentieperiodes in één jaar. Voor het westelijke deel van de Verenigde Staten betekende dit dat er FACT-teams voorzien moeten worden voor 2% van de populatie binnen de geestelijke gezondheidszorg, of 0,5% van de volwassen bevolking, uitgaande van een staff-to-patient ratio van 1:10. Ze stellen verder dat FACT-teams mogelijk ook zinvol zijn voor personen met minder, maar langere detentieperiodes. Ook de vraag of de personeelsbezetting dezelfde moet zijn als deze van reguliere ACT-teams blijft onbeantwoord.

³⁵ 'Jails' zijn lokale inrichtingen voor kortere straffen, bedoeld voor personen die eerder minder ernstige misdrijven ('misdemeanors') pleegden. 'Prisons' zijn bedoeld voor langer gestraften van ernstige feiten ('felonies'), die bovendien vaak ver van de woonplaats van de gedetineerden gesitueerd zijn.

Dezelfde auteurs vergeleken de kenmerken van patiënten die in aanmerking komen voor ACT en FACT, waarbij ze zich baseerden op bovenstaande inclusiecriteria (Cuddeback & Morrissey, 2011). FACT-geschikte patiënten waren vaker man, niet-blank, minstens eenmaal dakloos, hadden vaker een schizofrene, psychotische of antisociale persoonlijkheidsstoornis en een comorbide middelenstoornis en hadden een meer uitgebreid delictverleden. Deze karakteristieken zijn belangrijk bij het bepalen van de personeelssamenstelling en opleidingsnoden. Op basis van bovenstaande kenmerken suggereerden Cuddeback en Morrissey (2011) de inclusie van voldoende mannelijke en niet-blanke personeelsleden. Met betrekking tot opleiding/training werd aanbevolen aandacht te besteden aan culturele aspecten, middelengerelateerde competenties (zoals de behandeling van dubbeldiagnose) en motiverende gesprekstechnieken voor personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Het belang van onder andere middelengerelateerde competenties en competenties in het omgaan met persoonlijkheidsstoornissen blijkt ook uit andere studies (Howard, McCarthy, Huband, & Duggan, 2013; Manguno-Mire et al., 2014; Probst, Bezzel, Hochstadt, Pieh, & Mache, 2020). Uit een evaluatie van FACT-teams in New Orleans bleek dat 30% van de voorwaardelijke invrijheidsstellingen werd ingetrokken, waarvan slechts een minderheid (9%) vanwege nieuwe feiten. Met name financiële (on)mogelijkheden, persoonlijkheidsstoornis (niet verder gespecificeerd), middelengerelateerde stoornis en aantal incidenten bleken voorspellend te zijn voor herroeping (Manguno-Mire et al., 2014). Na ontslag uit een forensisch psychiatrisch ziekenhuis bleken huisvesting, druggebruik, een onstabiel ambulants parcours en verslechtering van de psychische stoornis voorspellend te zijn voor (algemene) recidive (Probst et al., 2020). In de studie van Howard et al. (2013) hadden daders met een complexe persoonlijkheidsproblematiek, ernstige gedragsstoornissen in de kindertijd en (een verleden van) alcohol- of drugafhankelijkheid een hoger recidiverisico na ontslag uit een residentiële forensische setting.

Leutwyler, Hubbard en Zahnd (2017) pleiten voor specifieke opleidingen en trainingen, ontwikkeling op vlak van leiderschap en accreditatie om de professionalisering van casemanagement teams te vergroten.

Place et al. (2011) zochten in hun literatuuronderzoek naar specifieke kenmerken die een forensisch van een regulier (F)ACT-team onderscheiden:

- Team met forensische expertise, waarbij onderstaande activiteiten van belang zijn
 - Risicotaxatie,
 - Delictpreventie,
 - Delictanalyse,
 - Risicomanagement (o.a. signalerings- en terugvalpreventieplannen).
- Samenwerking tussen hulpverlener en patiënt, maar ook met het sociale netwerk of andere sleutelpersonen;
- Nauwe samenwerking met justitiële instanties (inclusief verwijzingen vanuit justitie);
- Volgens casemanagement principes
 - Langdurig,
 - Outreachend (huisbezoeken/bezoeken waar de patiënt zich bevindt plaatsvinden),
 - Frequent contact,
 - Intensieve zorg/hand-in-hand begeleiding,
 - 24/7 toegankelijk,

- Lage caseload. De staff-to-patiënt ratio varieert in de diverse forensische ACT-teams, gaande van dezelfde norm als binnen reguliere teams, namelijk 1 hulpverlener op 10, anderen hanteren een norm van 1 op 6.
- Structuur bieden;
- Kunnen toepassen van autoriteit;
- Aanbieden van interventies gericht op agressie- en impulsmanagement, medicatie, psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie;
- Geïntegreerde behandeling voor dubbeldiagnose patiënten;
- Herstelgerichte werking;
- Rekening houden met cultuurspecifieke kenmerken en problemen van patiënten;
- Individueel risicomanagement en individuele rehabilitatieplannen;
- Ondersteuning op verschillende levensgebieden (o.a. huisvesting);
- Ongelimiteerde toegang tot diensten en (opnames in) de (geestelijke) gezondheidszorg.

2 Forensische ambulante zorg

Op basis van hun meta-review stelden Wolf, Whiting en Fazel (2017) dat therapeutische gemeenschappen en nazorgprogramma's mogelijk effectief zijn in het verminderen van het aantal detenties bij daders met een psychische stoornis. In een individuele studie bleek verder dat vrouwelijke forensische patiënten die succesvol gere-integreerd³⁶ waren, vaker een ambulante programma volgden. Daarnaast waren ze meer medicatietrouw, meer compliant met aanbevelingen van het begeleidende team, verbleven ze vaker in een stabiele ondersteunende omgeving en waren ze vaker betrokken in prosociale activiteiten (Viljoen, Nicholls, Greaves, Ruiters, & Brink, 2011a). Op basis van de bevindingen in de literatuur konden onderstaande concrete thema's gedistilleerd worden.

2.1 Risicotaxatie

van den Brink et al. (2015) onderzochten de meerwaarde van een zelfrapportage risicotaxatie-instrument voor het inschatten van (gewelddadige) recidive en gedeelde besluitvorming met betrekking tot het zorgplan. De combinatie van het gestructureerd klinisch eindoordeel van de behandelaar met de inschatting van de patiënt op de kernrisicofactoren bleek de beste voorspelling op te leveren. Het bleek daarnaast een haalbare kaart om de patiënt te betrekken bij risicotaxatie, vermits bijna alle patiënten het zelfrapportage-instrument invulde. Op individueel niveau bleken de behandelaar en de patiënt te verschillen in hun oordeel, maar dit kan de basis vormen voor de discussie met betrekking tot het (gedeelde) zorgplan. Troquete et al. (2013a) onderzochten door middel van een RCT of de effectiviteit van de behandeling – in termen van recidivevermindering en een verbetering van de kwaliteit van leven, psychosociaal functioneren en tevredenheid – toenam door periodieke risicotaxatie te combineren met

³⁶ Succesvolle re-integratie werd geoperationaliseerd als de afwezigheid van heropnames én het verkrijgen van een definitieve invrijheidstelling tijdens de follow-up periode.

gedeelde besluitvorming, waarbij zowel de casemanager als de patiënt de geïdentificeerde risicofactoren en noden vertalen naar een zorgplan. De interventie had echter geen effect op recidive. Er werd wel een daling in recidive genoteerd, maar deze verschilde niet van de care as usual. Een mogelijke verklaring van de auteurs ligt in het feit dat de interventie in 42% van de gevallen slechts eenmaal, en in 35% van de gevallen níet plaatsvond. Er kan verwacht worden dat een interventie meer effect heeft wanneer deze is opgenomen als onderdeel van een langere termijnbehandeling. Exploratieve analyses hieromtrent konden echter geen ondersteuning bieden voor deze hypothese. Daarnaast is het mogelijk dat de care as usual *an sich* al effectief is in het reduceren van recidive. Een andere hypothese is dat casemanagers er niet in slaagden zijn om een vertaling te maken van de risicotaxatieresultaten (geïdentificeerde risico's en noden) naar de behandeling. Dit kan te wijten zijn aan factoren die buiten hun macht lagen (bijvoorbeeld een slechte financiële situatie van de patiënt).

Penney, Marshall en Simpson (2016) onderzochten de validiteit van (herhaalde metingen van) dynamische risicofactoren bij de overgang van een residentiële opname naar de maatschappij. De studie levert evidentie voor het gebruik van dynamische factoren bij zowel het voorspellen van geweld als een residentiële heropname. Er werd geen toegevoegde waarde vastgesteld ten opzichte van statische risicofactoren.

2.2 Behandeling

Van de zedenplegers binnen de ambulante centra in Duitsland was 39,2% gediagnosticeerd met een seksuele stoornis. Een vijfde van alle zedenplegers werd farmacologisch behandeld, waarbij het meest gebruik werd gemaakt van antipsychotica (14.8%), gevolgd door SSRI's (7.1%). Slechts een minderheid kreeg anti-androgenen (CPA 1.4% en GnRH 0.5%; Turner, Gregorio Hertz, Sauter, Briken, & Rettenberger, 2018). Het was onduidelijk of de ambulante begeleiding waarvan sprake in het artikel tevens plaatsvond bij patiënten in residentiële behandeling.

In Engeland en Wales recidiveerden (inclusief schending voorwaarden) kindmisbruikers (probanen) die reageerden³⁷ op één van de geaccrediteerde behandelingen voor seksueel delinquenten (cf. supra) 40% minder dan degenen die niet reageerden op behandeling. Het verschil was echter niet significant. Daarnaast bleek ook het recidivepercentage gelijkaardig voor alle groepen (high, medium en low needs), wat een indicatie is voor het gegeven dat meer intensieve programma's recidiveverlagend werken voor high risk/need kindmisbruikers (Beech et al., 2012).

Bij 35.8% van de patiënten van een van de grootste ambulante klinieken in Nederland, De Waag, was er sprake van een middelengerelateerde stoornis op het moment van het delict. Drop-out lag hoger bij patiënten met een middelenproblematiek (Kraanen, Scholing, & Emmelkamp, 2012). Dezelfde bevindingen werden gerapporteerd door Carr en Cassidy (2016), waarbij patiënten die hoog scoorden op het domein alcohol/drugs van de Level of Service Inventory-Revised (LSI-R, een risicotaxatie-instrument) een verhoogd risico hadden op drop-out. Om drop-out te vermijden raden de auteurs aan om steeds te voorzien in gespecialiseerde behandeling van de middelenproblematiek (indien aanwezig). Ook motivationele technieken kunnen zinvol zijn om drop-out bij deze groep te vermijden (Kraanen et al., 2012). Om drop-out aan te pakken bij plegers met een middelenproblematiek zijn volgens McMurrin (geciteerd in Palmer et al., 2011) drie responsiviteitsproblemen van belang, namelijk interventietype,

³⁷ Geoperationaliseerd op basis van post-behandelingscores op maten met betrekking tot delictgerelateerd en socio-affectief functioneren.

intensiteit van de behandeling en specifieke noden van subgroepen daders. Middelengebruikers vormen namelijk een heterogene groep, waarvoor diverse programma's moeten worden opgezet, eerder dan het principe 'one size fits all'. Naast drop-out kunnen er ook nog andere problemen zijn. Zo stelden patiënten met een middelenproblematiek in ambulante centra in Japan vaker problematisch gedrag zoals geweld, medicatieweigering, middelenmisbruik, automutilatie en suïcide (Ando et al., 2016).

Durbeej et al. (2015) vonden een relatie tussen het volgen van ambulante alcohol- of drughulpverlening en lagere (algemene) recidivecijfers. De interventies van de participerende ambulante centra waren echter niet gestandaardiseerd en er was tevens geen informatie beschikbaar over de inhoud van de behandeling. Het ging enkel over de fysieke aanwezigheid bij ambulante afspraken (minimaal drie). Uit bovenstaande resultaten blijkt echter het belang van zowel het detecteren van middelenstoornissen als de behandeling ervan in een ambulante setting. Neupert et al. (2017) suggereerden op basis van hun onderzoek dat aandacht voor en het aanpakken van dagelijkse stressoren een positieve impact kan hebben op de effectiviteit van druggerelateerde behandeling. Palmer et al. (2011) onderzochten de effectiviteit van het geaccrediteerde programma Addressing Substance-Related Offending (ASRO) Program in Engeland en Wales. Deze interventie is bedoeld voor medium tot hoog risico daders waarbij het middelengebruik gerelateerd is aan de feiten of het risico op recidive verhoogd en waarbij het middelengebruik gestabiliseerd is. De interventie is gebaseerd op het cognitieve gedragstherapeutische model en bestaat uit vier componenten: verhogen van de motivatie om te veranderen, verbeteren van zelfcontrole, hervulpreventie en aanmoedigen van de deelnemers hun levensstijl aan te passen zodat het risico op herval in middelengebruik en feiten vermindert. Slechts 29% van de deelnemers vervulde het programma. Recidive lag significant lager bij de groep die het programma vervulde dan bij degenen die afhaakten. Anderzijds werd er geen significant verschil vastgesteld tussen deelnemers die de interventie afrondde en een controlegroep die deze interventie niet kreeg.

In Amerika werd het 'Citizenship Project' opgericht om re-integratie in de maatschappij verder te bevorderen. Het project is bedoeld voor personen met ernstige psychiatrische stoornissen en een strafrechtelijk verleden en bestaat uit drie componenten: individuele ondersteuning van een peer mentor, burgerschapslessen (8 weken) en rolwaardering (8 weken). Peer mentors helpen de patiënt om doelen te identificeren en prioriteiten te stellen om deze te bereiken. Ze pleiten tevens voor toegang van de patiënten tot sociale diensten, werkgelegenheid, onderwijs en huisvesting. De burgerschapslessen focussen op het vergroten van probleemoplossings- en dagdagelijkse vaardigheden, hun sociale netwerk en kennis van beschikbare gemeenschapsmiddelen. Tijdens de derde component is het de bedoeling iets terug te geven aan de maatschappij op basis van hun levenservaring en bovenstaande lessen. Een voorbeeld hiervan betreft het onderwijzen van politieagenten in opleiding hoe het is om op straat benaderd te worden door de politie terwijl je psychiatrische symptomen ervaart. Daarnaast kunnen ze leden van de maatschappij bewust maken van hun mogelijke waardevolle rol in de samenleving (Clayton, O'Connell, Bellamy, Benedict, & Rowe, 2013). Clayton et al. (2013) onderzochten de mogelijke voordelen van deze interventie middels een RCT waarbij TAU³⁸ werd vergeleken met TAU + Citizenship Project. Er werd een verbetering gerapporteerd op vlak van alcohol- en druggebruik en de mate van en tevredenheid met sociale activiteiten, financiën, werk en kwaliteit van leven. Daarnaast werd er in de eerste zes maanden echter ook een verhoging vastgesteld op vlak van angst/depressie en agitatie. Als hypothese verwijzen de auteurs naar bevindingen uit ander onderzoek waarbij positieve levensveranderingen gepaard gaan met angst en agitatie. Anderzijds kan het ook te wijten zijn aan

³⁸ Met name individuele of groepstherapie, medicatiebeleid, casemanagement en 'jail diversion services'.

verminderd druggebruik, waarbij symptomen initieel verergeren. Deze verhoging hield niet stand bij de meting na een jaar. Een tweede negatieve bevinding betreft een stijging van de negatieve symptomen, verklaard door de auteurs als mogelijk gevolg van het wegvallen van de interventie.

Een recente modaliteit van behandeling is telepsychiatrie. Een pilootstudie bij Chinese stabiele personen in hechtenis laat alvast veelbelovende resultaten zien, met een verbetering op psychologisch vlak (Cheng et al., 2018). Ook stigmatisering kan hierdoor worden beperkt, hoewel dit niet werd onderzocht. Wel werd vastgesteld dat gedetineerden tevreden waren over telepsychiatrie. Wanneer de gedetineerden in China naar een ambulante centrum moeten gaan, gebeurt dit geboeid en onder begeleiding van twee gevangenispersoneelsleden. Daarnaast zijn ambulante centra vaak gesitueerd in afgelegen gebieden, waardoor de reistijd al snel kan oplopen. Tot slot zijn ook de meeste psychiatrische medicatie enkel via deze centra beschikbaar, waardoor dus niet iedereen in aanmerking komt voor telepsychiatrie. Ook in de Verenigde Staten (Californië) werden positieve resultaten genoteerd met betrekking tot telepsychiatrie voor probanten, en dit op vlak van psychologisch functioneren, medicatietrouw en tevredenheid. Coöperatie met de behandeling daalde echter na verloop van tijd, hoewel niet significant (Farabee, Calhoun, & Veliz, 2016).

In 2009-2011 vond een evaluatie plaats van de samenwerkingsakkoorden inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik (Raes, Deladrière, Sivri, Taeymans, & Defever, 2011). De overgrote meerderheid van de respondenten was van mening dat de samenwerkingsakkoorden hebben bijgedragen tot een meer globale, coherente en gecoördineerde aanpak van daders van seksueel misbruik. Toch konden op basis van dit onderzoek enkele aanbevelingen worden geformuleerd, die ook actueel nog relevant kunnen zijn voor het referentiekader:

- Voldoende informatie en vorming voor professionals uit verschillende domeinen, zodat iedereen vertrouwd is met de materie en op de hoogte is van risicofactoren en de doorverwijsmogelijkheden voor de begeleiding en de behandeling.
- Beleid omtrent informatieverstrekking, zowel door de justitiële instanties (bijvoorbeeld welke informatie minimaal gedeeld moet worden bij aanmelding, of het akkoord van de dader vereist is en het tijdstip van overmaken van de informatie) en welke informatie gedeeld kan worden bij een overdracht van de begeleiding of de behandeling.
- Doorverwijzing naar de gepaste voorziening, bij voorkeur naar een multidisciplinair team gespecialiseerd in de materie (op basis van vorming en ervaring). Hiervoor is ook een goede indicatiestelling van belang. Voor een accurate doorverwijzing is het verder tevens belangrijk dat de partners transparant zijn, onder andere met betrekking tot in- en exclusiecriteria, gehanteerde behandelingsprotocollen en het beschikbaar aantal plaatsen. Ook overleg met betrekking tot een eventuele opname wordt zinvol geacht door de Psychosociale Diensten (PSD). Bij een weigering wordt aanbevolen dat de voorziening een alternatief voorstelt.
- Communiceren van de reden van stopzetting van de begeleiding of de behandeling ten aanzien van de justitieassistent en de opdrachtgevende overheid. Op die manier kan de justitieassistent zijn rol als casemanager adequaat opnemen.
- De meeste respondenten stonden positief ten aanzien van pretherapie in de gevangenis, ter voorbereiding van de extramurale zorg (motivatiebevordering, identificatie van behoeften), al was er geen eensgezindheid over wie hiervoor moet instaan.
- Voldoende geografische spreiding van het aanbod.

- Diversificatie van het aanbod, zodat alle doelgroepen bereikt kunnen worden.
- Beter in kaart brengen van het bestaande zorgaanbod, waarbij ook de in- en exclusiecriteria en de begin- en eindtermen van de voorzieningen worden opgenomen.
- Intersectorale samenwerking met het oog op zorgcontinuïteit, bijvoorbeeld tussen residentiële instellingen, gespecialiseerde voorzieningen en privétherapeuten.
- Garanderen van kwalitatieve zorg middels ondersteuning binnen het multidisciplinaire team, voldoende mogelijkheden tot opleiding, het betrekken van familie en/of systeemleden en periodieke evaluaties van de eigen werking. Ook een goede indicatiestelling werd hier vernoemd.
- Consultatiefunctie.
- Routine outcome monitoring.

Het Universitair Forensisch Centrum (UFC), een belangrijke partner wanneer het gaat over de begeleiding/behandeling van zedendelinquenten, stelde daarnaast dat er momenteel een gebrek is aan kwalitatieve risico-inschattingen (Universitair Forensisch Centrum, n.d.).

2.3 Motivatiebevordering

Uit het onderzoek van Woicik, van der Lem, Sijtsma en Bogaerts (2017) bij patiënten met een primaire stoornis van ADHD in Nederlandse ambulante forensische voorzieningen bleek dat de meerderheid van de patiënten minstens één afspraak misten (86%). Daarenboven bleek dat het niet opdagen bij de eerste afspraak of bij de intake geassocieerd is met toekomstige 'no-show'. In een meer algemene forensische populatie kwam 77% minstens één afspraak niet na, waarvan 57,5% in de beginfase³⁹ (Feitsma, Popping, & Jansen, 2012). Daarnaast bleek dat er bij meer patiënten die niet opdaagden op de eerste afspraak vaker sprake was van drop-out. Patiënten die een of meer afspraken misten ervoeren bovendien minder sociale steun van hun familie in vergelijking met degenen die alle afspraken nakwamen. De auteurs adviseren om no-show te vermijden via het bezoeken van de patiënten wanneer ze bijvoorbeeld nog in de gevangenis zitten of 24 uur voor de afspraak een telefonische of schriftelijke herinnering sturen. Ook informatiesessies voor familieleden kunnen zinvol zijn. Bovenstaande resultaten duiden alleszins op het belang van motivering/motivatiebevordering bij deze doelgroep.

In Engeland werd de 'Readiness Enhancement Management Strategies' ontwikkeld, een trainingsprogramma voor personeel om kennis en vaardigheden te vergaren om (behandel)engagement bij daders met een persoonlijkheidsstoornis te vergroten (Clarke, Jinks, & McMurrin, 2015).

2.4 Woonst

Bruce, Crowley, Jeffcote en Coulston (2014) vergeleken de recidivecijfers voor twee groepen van daders met een persoonlijkheidsstoornis binnen het 'dangerous and severe personality disorder' (DSPD) programma in Engeland. Beide groepen werden ambulante behandeld/begeleid, waarbij één groep verbleef in een beschutte woonvorm met begeleiding. Algemene recidivecijfers voor personen binnen de beschutte woonvorm lagen vier keer lager dan bij de groep met een zelfstandige woonst. Gewelddadige recidive verschilde niet significant. De auteurs merken echter op dat de patiënten niet

³⁹ Dit ging over afspraken met betrekking tot intake/informatie, psychodiagnostische testing en behandeladvies.

willekeurig werden toegewezen aan de ene of de andere groep, waardoor er mogelijk sprake is van selectiebias. Anderzijds werden er geen verschillen genoteerd op vlak van demografische, klinische, delictgerelateerde of risicogerelateerde variabelen.

2.5 Werk

De tewerkstellingsgraad bij ambulante forensische patiënten met een psychotisch stoornis in Japan bleek laag te zijn (14%). Het gaat daarenboven over enige tewerkstelling gedurende het ambulante traject, ongeacht de duur ervan. Daarnaast was ongeveer de helft van de populatie die aan het werk was slechts deeltijds tewerkgesteld. In het onderzoek van Evans, Hser en Huang (2010) bleek dat slechts weinig (13%) patiënten binnen een drughulpverleningstraject ondersteuning kregen op vlak van tewerkstelling, en dat deze ondersteuning overigens eerder beperkt was in aantal sessies. Dit probleem was groter voor patiënten binnen ambulante drughulpverlening dan voor degenen in residentiële opname. Specifieke ondersteuning op dit vlak kan daarom een meerwaarde zijn. Hierbij kan gedacht worden aan Individual Placement and Support (IPS) (Takeda et al., 2019). De effectiviteit van Individual Placement and Support (IPS) is bewezen in niet-forensische populaties met ernstige psychiatrische stoornissen (Konishita, geciteerd in Khalifa et al., 2016), maar onderzoek binnen forensische populaties is afwezig. IPS werkt volgens de volgende principes (Khalifa et al., 2016): betaalde tewerkstelling, toegankelijk voor iedereen die wil werken, rekening houdend met de jobvoorkeuren van de patiënt, arbeidsdeskundigen binnen het klinische team, arbeidsdeskundige die contacten legt met werkgevers op basis van de jobvoorkeuren van de patiënt, individuele ondersteuning van de patiënt en diens werkgever, onbeperkt in de tijd en 'benefits counseling'.

2.6 Overige aspecten

Betrokkenheid ('engagement') van de patiënt vergroot de kans op succesvolle re-integratie. Om dit te bewerkstelligen moet de patiënt zowel praktisch als emotioneel ondersteund/begeleid worden, maar ook de werking van het programma, de voorziene middelen, maatschappelijke factoren en betrokkenheid van het sociale netwerk zijn van belang (Angell, Matthews, Barrenger, Watson, & Draine, 2014). Uit een review van kwalitatieve studies met betrekking tot resocialisatie- en/of rehabilitatieprogramma's voor gedetineerden met een focus op middelengebruik en psychische stoornissen bleken volgende factoren belangrijk: sociale steun, praktische ondersteuning (met name tewerkstelling en huisvesting), interpersoonlijke vaardigheden van de casemanagers, een persoonlijke aanpak/aanpak op maat en continuïteit van zorg. Dit zowel vóór als ná ontslag (Kendall, Redshaw, Ward, Wayland, & Sullivan, 2018).

3 Extramurale zorg: overkoepelende aspecten

Parallel aan de aanbeveling voor het residentiële categorale traject, blijft de fysieke gezondheid ook een aandachtspunt tijdens de extramurale fase. In een Finse studie bleek dat 75% van de sterfgevallen als gevolg van een somatische aandoening plaatsvonden ná ontslag uit het forensisch psychiatrisch ziekenhuis (Ojansuu, Putkonen, & Tiihonen, 2018). Dit is mogelijk deels te wijten aan een slechtere (toegang tot) gezondheidszorg en een minder gezonde levensstijl. Anderzijds kan dit ook (deels) verklaard worden door ouderdom en het feit dat de extramurale follow-up langer was dan de intramurale. Ook de helft van de suïcides vindt plaats in de extramurale fase, zelfs tot jaren na ontslag (Ojansuu et al., 2018). Suicide vond met name plaats in de eerste jaren van de residentiële behandeling.

Suïcide na de behandeling is mogelijk te wijten aan problemen met betrekking tot het zich (terug) aan te passen aan dagdagelijkse leven buiten de muren, maar mogelijk ook omwille van psychiatrisch herstel en ontoereikende ambulante zorg. Ook hier was de follow-up extramuraal langer dan deze van de residentiële behandeling.

Uit de studie van Livingston et al. (2011) bleek het forensische label niet te zorgen voor meer zelfstigmatisering. Eerder de ernst van de psychiatrische symptomen, eerdere detenties en dakloosheid waren geassocieerd met een hogere mate van zelfstigmatisering. Toch kunnen ook zorgverleners een actieve rol spelen in het doorbreken van stereotypen over forensisch psychiatrische patiënten bij andere diensten zoals werkgevers, huisbazen, ...

In een Amerikaanse studie werd onderzocht welke barrières er bestaan tussen gevangenen en ambulante zorgverleners met betrekking tot het zorgtraject. Hieruit bleek het belang van informatiedoorstroom en communicatie tussen instanties voor zorgcontinuïteit van zorg. Een gebrek aan doorstroom van informatie leidt namelijk tot herhaalde assessments voor de cliënt, wat het verloop van het zorgtraject niet ten goede komt. Ook een gebrek aan communicatie leidt tot wat de auteurs "silos van zorg" noemen, waarbij iedereen onafhankelijk van de ander functioneert wat leidt tot gefragmenteerde en onvolledige zorg (Abdel-Salam, Kilmer, Monico, & Visher, 2017). Ook Danzer (2012) pleit voor geïntegreerde en gecoördineerde diensten onder leiding van een casemanager vanwege de multiple en complexe noden van probanten met een (strafrechtelijk) drugsverleden. Intersectorale samenwerking lijkt daarom onontbeerlijk. Doordat elke partner focust op een of twee probleemgebieden, wordt ook de werklust gespreid. De auteur stelt hierbij dat "more specialized services may be higher quality" (Danzer, 2012, p. 690). Anderzijds bestaat hierdoor het risico dat de zorg versnipperd.

In de review van Hopkin, Evans-Lacko, Forrester, Shaw en Thornicroft (2018) werd de effectiviteit onderzocht van interventies die zich richten op de transitie van de gevangenis naar de maatschappij bij (ex-)gedetineerden met een psychiatrische stoornis. Het aantal studies (en daarmee dus ook de evidentie) was echter beperkt. Resultaten suggereerden dat deze interventies positief bijdragen aan het hebben van een gezondheidsverzekering en contacten met psychiatrische en andere dienstverlening. Met betrekking tot recidive en wederopsluiting waren de resultaten minder eenduidig, al stellen de auteurs dat een stijging in het aantal wederopsluitingen mogelijk het gevolg is van het feit dat delictgerelateerd gedrag of schendingen van de voorwaarden makkelijker gedetecteerd worden via deze interventies (waarbij er sprake is van een verhoogde monitoring). Aanbevelingen die worden gedaan met betrekking tot het opzetten van interventies betreffen betrokkenheid en planning vóór vrijlating uit de gevangenis, maar ook ondersteuning (enige tijd) na vrijlating. Dit kan op afstand gebeuren, onder meer door (ex-)gedetineerden te herinneren aan afspraken en hen te stimuleren deze na te komen en door contact te houden met diensten in de maatschappij om zich ervan te verzekeren dat actie werd ondernomen om de continuïteit van zorg te waarborgen.

Ook Gowensmith et al. (2016) stellen – specifiek voor geïnterneerden – dat de transitie van een residentieel ziekenhuis naar de maatschappij gradueel moet verlopen, waarbij samenwerking tussen diverse essentieel is voor een maximale ondersteuning van de patiënt.

Hoofdstuk 9

Discussie

De literatuur met betrekking tot ambulante en mobiele forensische dienstverlening is aanzienlijk schaarser dan deze met betrekking tot residentiële forensische zorg. Daarnaast blijkt uit de best practices dat er weinig tot geen formele criteria bestaan voor ambulante en mobiele teams. Richtlijnen die gevonden werden hebben – conform luik 1 – met name betrekking op Nederland en Engeland. De literatuur daarentegen is vaak Amerikaans. Zij kennen immers reeds een lange traditie van de forensische mobiele begeleiding, hoewel er geen nationaal beleid is uitgestippeld. Ondanks de heterogeniteit, kunnen toch heel wat gemeenschappelijke of overlappende noemers geformuleerd worden:

- Multidisciplinaire samenstelling van het team;
- Risicotaxatie- en management (op basis van gestructureerde instrumenten);
- Herstelgerichte aanpak;
- Intersectorale samenwerkingsverbanden, inclusief crisismogelijkheden (al dan niet binnen het eigen team);
- Warme overdracht, waarbij de teams reeds vroeg in het traject betrokken worden;
- Adviesfunctie;
- Belang van opleiding/bijscholing en supervisie;
- Motivatiebevorderend werken;
- Aanpakken van multi-pele noden, met name druggebruik en huisvesting. Hierbij dient er tevens aandacht uit te gaan naar het vermijden van drop-out.

Bovenstaande thema's vertonen ook een duidelijke overlap met de criteria geformuleerd voor de residentiële forensische sector.

Wat betreft de effectiviteit van forensische ambulante en mobiele teams zijn de eerste resultaten veelbelovend, al is (gedegen) onderzoek nog erg beperkt. Dit bewijst het beperkt aantal RCT's. Ook richtlijnen en financiering van casemanagement teams hinken in de meeste landen achterop (Leutwyler et al., 2017).

Referenties

- Abdel-Salam, S., Kilmer, A., Monico, L., & Visher, C. A. (2017). Building bridges in New Jersey. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61(2), 210-228. doi: 10.1177/0306624x15598959
- Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., & Kennedy, H. G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: Prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13, 197. doi: 10.1186/1471-244x-13-197
- Absalom-Hornby, V., Gooding, P. A., & TARRIER, N. (2011). Implementing family intervention within forensic services: The perspectives of clinical staff. *Journal of Mental Health*, 20(4), 355-367. doi: 10.3109/09638237.2011.583948
- Adams, J., Thomas, S. D. M., Mackinnon, T., & Eggleton, D. (2018). The risks, needs and stages of recovery of a complete forensic patient cohort in an Australian state. *BMC Psychiatry*, 18(1), 35. doi: 10.1186/s12888-017-1584-8
- Adams, J., Thomas, S., Mackinnon, T., & Eggleton, D. (2019). How secure are the secure psychiatric units in New South Wales? *Australasian Psychiatry*, 27(1), 32-35. doi: 10.1177/1039856218804334
- Adshead, G., Pyszora, N., Wilson, C., Gopie, R., Thomas, D., Smith, J., . . . Tapp, J. (2017). Everything moves on: Referral trends to a leavers' group in a high secure hospital and trial leave progress of group graduates. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(2), 112-123. doi: 10.1002/cbm.2000
- Aga, N. (2017). Het Wellness Recovery Action Plan: Herstel van paradigma naar praktijk. *Psyche*, 29, 8-10.
- Aga, N., & Vanderplasschen, W. (2016). De Schone en het Beest: Persoonlijk herstel binnen een forensische context. In T. Vander Beken, E. Broekaert, K. Audenaert, F. Vander Laenen, S. Vandeveldde & W. Vanderplasschen (Red.), *Sterktes van mensen: Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden*. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu.
- Agentschap Zorg en Gezondheid. (2019a). *Referentiekader forensische geestelijke gezondheidszorg (fase 1: residentieel categoriaal)*. Verkregen via <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-forensische-geestelijke-gezondheidszorg>
- Agentschap Zorg & Gezondheid. (2019). Wetenschappelijk onderzoek 1) ter ontwikkeling van een referentiekader over continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen en 2) ter verdere ontwikkeling en concrete aanvulling van een referentiekader over forensische geestelijke gezondheidszorg (EF57). Verkregen via <https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/Referentiekader-ggz-ef57>
- Aimola, L., Jasim, S., Tripathi, N., Bassett, P., Quirk, A., Worrall, A., . . . Crawford, M. J. (2018). Impact of a peer-review network on the quality of inpatient low secure mental health services: Cluster randomised control trial. *BMC Health Services Research*, 18(1), 994. doi: 10.1186/s12913-018-3797-z
- Aimola, L., Jasim, S., Tripathi, N., Holder, S., Quirk, A., & Crawford, M. J. (2016). Quality of low secure services in the UK: Development and use of the Quality of Environment In Low Secure Services (QELS) checklist. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(4), 504-516. doi: 10.1080/14789949.2016.1158849
- Alexiou, E., Degl' Innocenti, A., Kullgren, A., Falk, H., & Wijk, H. (2016). The physical and psychosocial environment's influence on patients' and staff's perceptions of person-centered care in forensic psychiatry. *Austin Journal of Forensic Science and Criminology*, 3(2), 1-7.
- Alexiou, E., Degl' Innocenti, A., Kullgren, A., & Wijk, H. (2016). The impact of facility relocation on patients' perceptions of ward atmosphere and quality of received forensic psychiatric care. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 42, 1-7. doi: 10.1016/j.jflm.2016.04.014
- Alexiou, E., Wijk, H., Ahlquist, G., Kullgren, A., & Degl' Innocenti, A. (2018). Sustainability of a person-centered ward atmosphere and possibility to provide person-centered forensic psychiatric care after facility relocation. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 56, 108-113. doi: 10.1016/j.jflm.2018.04.006
- Alhumoud, A., Zahid, M., Ibrahim, S., Syed, T., & Naguy, A. (2018). Forensic psychiatry in Kuwait - Characterization of forensic psychiatry patients evaluated over year duration in the only available

- forensic psychiatry unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 60, 12-16. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.06.010
- Allnutt, S. H., Ogloff, J. R. P., Adams, J., O'Driscoll, C., Daffern, M., Carroll, A., . . . Chaplow, D. (2013). Managing aggression and violence: The clinician's role in contemporary mental health care. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(8), 728-736. doi: 10.1177/0004867413484368
- Almeida, F., Moreira, D., Moura, H., & Mota, V. (2016). Psychiatric monitoring of not guilty by reason of insanity outpatients. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 38, 58-63. doi: 10.1016/j.jflm.2015.11.018
- Andersson Elffers Felix. (2018). *Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*. Verkregen via https://www.dji.nl/binaries/tk-bijlage-1-onderzoek-naar-kwaliteit-en-veiligheid-in-de-forensische-zo..._tcm41-339241.pdf
- Ando, K., Soshi, T., Nakazawa, K., Noda, T., & Okada, T. (2016). Risk factors for problematic behaviors among forensic outpatients under the medical treatment and supervision act in Japan. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 144. doi: 10.3389/fpsy.2016.00144
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. Newark: Anderson Publishing.
- Angell, B., Matthews, E., Barringer, S., Watson, A. C., & Draine, J. (2014). Engagement processes in model programs for community reentry from prison for people with serious mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(5), 490-500. doi: 10.1016/j.ijlp.2014.02.022
- Ayres, J., Fegan, T., & Noak, J. (2014). The recovery orientation of patients and staff in a high secure hospital. *Mental Health Practice*, 17(7), 20-24. doi: 10.7748/mhp2014.04.17.7.20.e898
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty years without mental hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health Systems*, 12, 43. doi: 10.1186/s13033-018-0223-1
- Barbui, C., & Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: A new revolution begins? *The British Journal of Psychiatry*, 206(6), 445-446. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153817
- Barnao, M., Robertson, P., & Ward, T. (2010). Good Lives Model applied to a forensic population. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 202-217. doi: 10.1080/13218710903421274
- Barnao, M., & Ward, T. (2015). Sailing uncharted seas without a compass: A review of interventions in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 22, 77-86. doi: 10.1016/j.avb.2015.04.009
- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S. (2015). Looking beyond the illness: Forensic service users' perceptions of rehabilitation. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(6), 1025-1045. doi: 10.1177/0886260514539764
- Barnao, M., Ward, T., & Casey, S. (2016). Taking the good life to the institution: Forensic service users' perceptions of the Good Lives Model. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(7), 766-786. doi: 10.1177/0306624x15570027
- Barr, L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2019). Promoting positive and safe care in forensic mental health inpatient settings: Evaluating critical factors that assist nurses to reduce the use of restrictive practices. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 888-898. doi: 10.1111/inm.12588
- Bartlett, A., Jhanji, E., White, S., Anne Harty, M., Scammell, J., & Allen, S. (2015). Interventions with women offenders: A systematic review and meta-analysis of mental health gain. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26(2), 133-165. doi: 10.1080/14789949.2014.981563
- Bartlett, A., & Somers, N. (2017). Are women really difficult? Challenges and solutions in the care of women in secure services. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(2), 226-241. doi: 10.1080/14789949.2016.1244281
- Beach, C., Dykema, L. R., Appelbaum, P. S., Deng, L., Leckman-Westin, E., Manuel, J. I., . . . Finnerty, M. T. (2013). Forensic and nonforensic clients in assertive community treatment: A longitudinal study. *Psychiatric Services*, 64(5), 437-444. doi: 10.1176/appi.ps.201200170
- Beazley, P., & Gudjonsson, G. (2011). Motivating inpatients to engage with treatment: The role of depression and ward atmosphere. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(2), 95-100. doi: 10.3109/08039488.2010.502244
- Beck, C., & Wernham, C. (2014). Improving access to competitive employment for service users in forensic psychiatric units. *BMJ Quality Improvement Reports*, 3(1). doi: 10.1136/bmjquality.u204182.w1821
- Beech, A. R., Mandeville-Norden, R., & Goodwill, A. (2012). Comparing recidivism rates of treatment responders/nonresponders in a sample of 413 child molesters who had completed community-based sex offender treatment in the United Kingdom. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56(1), 29-49. doi: 10.1177/0306624x10387811

- Bergman-Levy, T., Bleich, A., Kotler, M., & Melamed, Y. (2010). Security and psychiatry: The British experience and implications for forensic psychiatry services in Israel. *The Israel Medical Association Journal*, 12(10), 587-591.
- Bergman, H., Nilsson, T., Andine, P., Degl'Innocenti, A., Thomee, R., & Gutke, A. (2018). Physical performance and physical activity of patients under compulsory forensic psychiatric inpatient care. *Physiotherapy and Theory and Practice*, 1-9. doi: 10.1080/09593985.2018.1488320
- Berry, S., & Robertson, N. (2019). Burnout within forensic psychiatric nursing: Its relationship with ward environment and effective clinical supervision? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(7-8), 212-222. doi: 10.1111/jpm.12538
- Beryl, R., Davies, J., & Vollm, B. (2018). Lived experience of working with female patients in a high-secure mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 82-91. doi: 10.1111/inm.12297
- Beryl, R., & Vollm, B. (2018). Attitudes to personality disorder of staff working in high-security and medium-security hospitals. *Personality and Mental Health*, 12(1), 25-37. doi: 10.1002/pmh.1396
- Bierbooms, J., Barendregt, C., Martinelli, T., Lorenz, K., Dijkslag, D., & van Bokkem, S. (2017). *Ervaringsdeskundigheid in de forensische GGz*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- Bjørkly, S., Waerstad, J. M., Selmer, L. E., Waerp, J., Bjørnstad, M., Leinslie, J. V., . . . Douglas, K. S. (2019). Violence after discharge from forensic units in the safe pilot study: A prospective study with matched pair design. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 755-766. doi: 10.2147/prbm.s214270
- Black, G., Thornicroft, G., & Murray, J. (2013). What do people in forensic secure and community settings think of their personality disorder diagnosis? A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1161-1168. doi: 10.1007/s00127-012-0616-4
- Boccaccini, M., Rice, A., Helmus, L. M., Murrie, D., & Harris, P. (2017). Field validity of Static-99/R scores in a statewide sample of 34,687 convicted sexual offenders. *Psychological Assessment*, 29, 611-623. doi: 10.1037/pas0000377
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, CA: Her Majesty the Queen in Right of Canada.
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278-287. doi: 10.1016/j.avb.2014.04.014
- Bowen, M., & Mason, T. (2012). Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3556-3564. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03970.x
- Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499-508. doi: 10.1111/jpm.12129
- Bradford, J. M., Fedoroff, P., & Gulati, S. (2013). Can sexual offenders be treated? *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(3-4), 235-240. doi: 10.1016/j.ijlp.2013.04.004
- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings - A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1349-1356. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.05.011
- Bruce, M., Crowley, S., Jeffcote, N., & Coulston, B. (2014). Community DSPD pilot services in South London: Rates of reconviction and impact of supported housing on reducing recidivism. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24(2), 129-140. doi: 10.1002/cbm.1892
- Buunk-Werkhoven, Y. A., Dijkstra, A., Schaub, R. M., van der Schans, C. P., & Spreen, M. (2010). Oral health related quality of life among imprisoned Dutch forensic psychiatric patients. *Journal of Forensic Nursing*, 6(3), 137-143. doi: 10.1111/j.1939-3938.2010.01079.x
- Cannon, T., Taylor, S., & Friedman, S. H. (2018). Satisfaction guaranteed? Forensic consumer satisfaction survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(4), 1250-1257. doi: 10.1111/inm.12454
- Care Standards Working Group. (2005). *Care standards for forensic mental health inpatient facilities in Scotland*. Verkregen via <https://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/10/Care-Standards-FINAL-DRAFT.pdf?x82981>
- Care Standards Working Group. (2006a). *High secure care standards*. Verkregen via <https://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/publications/forensic-network-reports/>
- Care Standards Working Group. (2006b). *Low secure Care Standards*. Verkregen via <https://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/publications/forensic-network-reports/>

- Carr, W. A., & Cassidy, J. J. (2016). Treatment attrition of probationers with mental illness from an enhanced day reporting center. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(6), 694-707. doi: 10.1177/0306624x14559906
- CCAF. (2009). *DACTS vertaling*. Verkregen via <https://ccaf.nl/instrumenten-voor-toetsing/>
- CCAF. (2010). *Scoreformulier FACTschaal*. Verkregen via <https://ccaf.nl/instrumenten-voor-toetsing/>
- CCAF. (2017). *Flexible ACT werkboek. FACT-schaal 2017*. Verkregen via <https://ccaf.nl/instrumenten-voor-toetsing/>
- Cheng, K. M., Siu, B. W., Au Yeung, C. C., Chiang, T. P., So, M. H., & Yeung, M. C. (2018). Telepsychiatry for stable Chinese psychiatric out-patients in custody in Hong Kong: A case-control pilot study. *Hong Kong Medical Journal*, 24(4), 378-383. doi: 10.12809/hkmj187217
- Cherner, R., Aubry, T., Ecker, J., Kerman, N., & Nandlal, J. (2014). Transitioning into the community: Outcomes of a pilot housing program for forensic patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 62-74. doi: 10.1080/14999013.2014.885472
- Clarke, C., Lombard, D., Sambrook, S., & Kerr, K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1), 38-54. doi: 10.1080/14789949.2015.1102311
- Clarke, M., Jinks, M., & McMurran, M. (2015). Readiness Enhancement Management Strategies (REMS): A proof of concept and evaluation feasibility study of staff training to improve service engagement by people with personality difficulties. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 22(7), 502-509. doi: 10.1111/jpm.12214
- Clayton, A., O'Connell, M. J., Bellamy, C., Benedict, P., & Rowe, M. (2013). The Citizenship Project part II: Impact of a citizenship intervention on clinical and community outcomes for persons with mental illness and criminal justice involvement. *American Journal of Community Psychology*, 51(1-2), 114-122. doi: 10.1007/s10464-012-9549-z
- Collins, M., Davies, S., & Ashwell, C. (2007). *The Security Needs Assessment Profile (SNAP). Manual Version 4.1*: Ongepubliceerd document.
- Commissie van Toezicht. (z.d.). *TBS en verlof*. Verkregen via <https://www.commissievantoezicht.nl/dossiers/verlof/FZ/tbs-en-verlof/>
- Copeland, M. E. (1999). *Wellness Recovery Action Plan*. Venice: Peach Press.
- Corlett, H., & Miles, H. (2010). An evaluation of the implementation of the recovery philosophy in a secure forensic service. *The British Journal of Forensic Practice*, 12, 14-25. doi: 10.5042/bjfp.2010.0611
- Cormac, I., Creasey, S., McNeill, A., Ferriter, M., Huckstep, B., & D'Silva, K. (2010). Impact of a total smoking ban in a high secure hospital. *The Psychiatrist*, 34(10), 413-417. doi: 10.1192/pb.bp.109.028571
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10-20. doi: 10.1016/j.psychres.2010.12.024
- Côté, G., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., & Seto, M. C. (2012). Risk assessment instruments in clinical practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(4), 238-244. doi: 10.1177/070674371205700407
- Craik, C., Bryant, W., Ryan, A., Barclay, S., Brooke, N., Mason, A., & Russell, P. (2010). A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(5), 339-344. doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00857.x
- Crichton, J. H. M. (2004). *Definition of security levels in psychiatric inpatient facilities in Scotland*. UK: Forensic Network.
- Cuddeback, G. S., & Morrissey, J. P. (2011). Program planning and staff competencies for forensic assertive community treatment: ACT-eligible versus FACT-eligible consumers. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 17(1), 90-97. doi: 10.1177/1078390310392374
- Cuddeback, G. S., Morrissey, J. P., & Cusack, K. J. (2008). How many forensic assertive community treatment teams do we need? *Psychiatric Services*, 59(2), 205-208. doi: 10.1176/ps.2008.59.2.205
- Cuddeback, G. S., Pettus-Davis, C., & Scheyett, A. (2011). Consumers' perceptions of forensic assertive community treatment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 101-109. doi: 10.2975/35.2.2011.101.109
- Cuddeback, G. S., Wright, D., & Bisig, N. G. (2013). Characteristics of participants in jail diversion and prison reentry programs: Implications for forensic ACT. *Psychiatric Services*, 64(10), 1043-1046. doi: 10.1176/appi.ps.201200333
- Danzer, G. (2012). Integrated services plus drug treatment as a system alternative to crime control and parole. *Social Work in Public Health*, 27(7), 687-698. doi: 10.1080/19371910903269570
- Davoren, M., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., Wright, B., & Kennedy, H. G. (2013). Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: The DUNDRUM-3

- programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. *BMC Psychiatry*, *13*, 185. doi: 10.1186/1471-244x-13-185
- Davoren, M., Byrne, O., O'Connell, P., O'Neill, H., O'Reilly, K., & Kennedy, H. G. (2015). Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: Need for therapeutic security and course of admission. *BMC Psychiatry*, *15*, 301. doi: 10.1186/s12888-015-0686-4
- Davoren, M., Hennessy, S., Conway, C., Marrinan, S., Gill, P., & Kennedy, H. G. (2015). Recovery and concordance in a secure forensic psychiatry hospital - The self rated DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales. *BMC Psychiatry*, *15*, 61. doi: 10.1186/s12888-015-0433-x
- Davoren, M., O'Dwyer, S., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Doyle, E., . . . Kennedy, H. G. (2012). Prospective in-patient cohort study of moves between levels of therapeutic security: The DUNDRUM-1 triage security, DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales and the HCR-20. *BMC Psychiatry*, *12*, 80. doi: 10.1186/1471-244x-12-80
- De Smet, S., Van Hecke, N., Verté, D., Broekaert, E., Ryan, D., & Vandeveld, S. (2015). Treatment and control: A qualitative study of older mentally ill offenders' perceptions on their detention and care trajectory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *59*(9), 964-985. doi: 10.1177/0306624X14521129
- de Vogel, V., Bosker, J., & van den Broek, E. (2019). Helder communiceren over recidiverisico's. *Proces*, *6*, 421-433. doi: 10.5553/PROCES/016500762019098006005
- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., Bouman, Y. H. A., Chakhssi, F., & De Ruiter, C. (2013). *HCR-20V3: Risicotaxatie van geweld - gebruikershandleiding*. Delft: Eburon.
- de Vries, M. G., Brazil, I. A., Tonkin, M., & Bulten, B. H. (2016). Ward climate within a high secure forensic psychiatric hospital: Perceptions of patients and nursing staff and the role of patient characteristics. *Archives of Psychiatric Nursing*, *30*(3), 342-349. doi: 10.1016/j.apnu.2015.12.007
- De Vries Robbé, M., de Vogel, V., Douglas, K. S., & Nijman, H. L. (2015). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law and Human Behavior*, *39*(1), 53-61. doi: 10.1037/lhb0000089
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group*, *12*(12). doi: 10.1002/14651858.CD007507.pub2
- Department of Health. (2011). *Environmental design guide: Adult medium secure services*. Verkregen via https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/215623/dh_126177.pdf
- Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, I., Gualco, B., Scarpa, F., & Völlm, B. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, *55*, 54-63. doi: 10.1016/j.ijlp.2017.10.004
- Di Lorito, C., Castelletti, L., Tripi, G., Gandellini, M., Dening, T., & Völlm, B. (2017). The individual experience of aging patients and the current service provision in the context of Italian forensic psychiatry: A case study. *Journal of Forensic Nursing*, *13*(3), 118-125. doi: 10.1097/JFN.000000000000163
- Di Lorito, C., Dening, T., & Völlm, B. (2018). Ageing in forensic psychiatric secure settings: The voice of older patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *29*(6), 934-960. doi: 10.1080/14789949.2018.1513545
- Dickens, G. L., Suesse, M., Snyman, P., & Picchioni, M. (2014). Associations between ward climate and patient characteristics in a secure forensic mental health service. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, *25*(2), 195-211. doi: 10.1080/14789949.2014.903505
- Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, *22*(6), 532-544. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x
- Dorkins, E., & Adshead, G. (2011). Working with offenders: Challenges to the recovery agenda. *Advances in Psychiatric Treatment*, *17*, 178-187. doi: 10.1192/apt.bp.109.007179
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk for violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Doyle, M., Logan, C., Ludlow, A., & Holloway, J. (2012). Milestones to recovery: Preliminary validation of a framework to promote recovery and map progress through the medium secure inpatient pathway. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *22*(1), 53-64. doi: 10.1002/cbm.818

- Doyle, P., Quayle, E., & Newman, E. (2017). Social climate in forensic mental health settings: A systematic review of qualitative studies. *Aggression and Violent Behavior, 36*, 118.
- Duke, L. H., Furtado, V., Guo, B., & Völlm, B. A. (2018). Long-stay in forensic-psychiatric care in the UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*(3), 313-321. doi: 10.1007/s00127-017-1473-y
- Durbeej, N., Palmstierna, T., Rosendahl, I., Berman, A. H., Kristiansson, M., & Gumpert, C. H. (2015). Mental health services and public safety: Substance abuse outpatient visits were associated with reduced crime rates in a Swedish cohort. *PLoS One, 10*(9), e0137780. doi: 10.1371/journal.pone.0137780
- Durey, A., Wynaden, D., Barr, L., & Ali, M. (2014). Improving forensic mental health care for Aboriginal Australians: Challenges and opportunities. *International Journal of Mental Health Nursing, 23*(3), 195-202. doi: 10.1111/inm.12042
- Eckert, M, Schel, S. H. H., Kennedy, H. G., & Bulten, B. H. (2017). Patient characteristics related to length of stay in Dutch forensic psychiatric care. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 28*(6), 863-880. doi: 10.1080/14789949.2017.1332771
- Eggert, J. E., Kelly, S. P., Margiotta, D. T., Hegvik, D. K., Vaher, K. A., & Kaya, R. T. (2014). Person-environment interaction in a new secure forensic state psychiatric hospital. *Behavioral Sciences & the Law, 32*(4), 527-538. doi: 10.1002/bsl.2127
- Eidhammer, G., Fluttert, F. A., & Bjorkly, S. (2014). User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities - A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing, 23*(19-20), 2716-2724. doi: 10.1111/jocn.12571
- Elliott, K. A., & Daley, D. (2013). Stress, coping, and psychological well-being among forensic health care professionals. *Legal and Criminological Psychology, 18*(2), 187-204. doi: 10.1111/j.2044-8333.2012.02045.x
- Ellis, A. (2019). Forensic psychiatry and mental health in Australia: An overview. *CNS Spectrums, 1-3*. doi: 10.1017/s1092852919001299
- Evans, E., Hser, Y. I., & Huang, D. (2010). Employment services utilization and outcomes among substance abusing offenders participating in California's proposition 36 drug treatment initiative. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 37*(4), 461-476. doi: 10.1007/s11414-009-9185-z
- Every-Palmer, S., Brink, J., Chern, T. P., Choi, W. K., Hern-Yee, J. G., Green, B., . . . Mellisop, G. (2014). Review of psychiatric services to mentally disordered offenders around the Pacific Rim. *Asia-Pacific Psychiatry, 6*(1), 1-17. doi: 10.1111/appy.12109
- Ewalds-Kvist, B., Algotsson, M., Bergstrom, A., & Lutzen, K. (2012). Psychiatric nurses' self-rated competence. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(7), 469-479. doi: 10.3109/01612840.2012.663460
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2019). *Zorgprogramma's*. Verkregen via <https://efp.nl/projecten/zorgprogrammas>
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2020). *Ervaringsdeskundigheid in de forensische psychiatrie*. Verkregen via <https://efp.nl/projecten/ervaringsdeskundigheid-in-de-forensische-psychiatrie>
- Farabee, D., Calhoun, S., & Veliz, R. (2016). An experimental comparison of telepsychiatry and conventional psychiatry for parolees. *Psychiatric Services, 67*(5), 562-565. doi: 10.1176/appi.ps.201500025
- Fazel, S., Fiminska, Z., Cocks, C., & Coid, J. (2016). Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 208*(1), 17-25. doi: 10.1192/bjp.bp.114.149997
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ, 345*, e4692. doi: 10.1136/bmj.e4692
- Fazel, S., & Wolf, A. (2018). Selecting a risk assessment tool to use in practice: A 10-point guide. *Evidence-Based Mental Health, 21*(2), 41-43. doi: 10.1136/eb-2017-102861
- Fazel, S., Wolf, A., Fiminska, Z., & Larsson, H. (2016). Mortality, rehospitalisation and violent crime in forensic psychiatric patients discharged from hospital: Rates and risk factors. *PLoS One, 11*(5), e0155906. doi: 10.1371/journal.pone.0155906
- Feitsma, W. N., Popping, R., & Jansen, D. E. (2012). No-show at a forensic psychiatric outpatient clinic: Risk factors and reasons. *International Journal Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*(1), 96-112. doi: 10.1177/0306624x10389435
- Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2012). *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Ottawa, CA: Her Majesty The Queen in Right of Canada.
- Ferracuti, S., Pucci, D., Trobia, F., Alessi, M. C., Rapinesi, C., Kotzalidis, G. D., & Del Casale, A. (2019). Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018). *International Journal of Law and Psychiatry, 62*, 45-49. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.10.003

- Ferrito, M., Vetere, A., Adshead, G., & Moore, E. (2012). Life after homicide: Accounts of recovery and redemption of offender patients in a high security hospital - A qualitative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 327-344. doi: 10.1080/14789949.2012.668211
- Fluttert, F. A., van Meijel, B., Bjorkly, S., van Leeuwen, M., & Grypdonck, M. (2013). The investigation of early warning signs of aggression in forensic patients by means of the 'Forensic Early Signs of Aggression Inventory'. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11-12), 1550-1558. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04318.x
- Fluttert, F. A., van Meijel, B., Nijman, H., Bjorkly, S., & Grypdonck, M. (2010a). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1529-1537. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x
- Fluttert, F. A., Van Meijel, B., Van Leeuwen, M., Bjorkly, S., Nijman, H., & Grypdonck, M. (2011). The development of the Forensic Early Warning Signs of Aggression Inventory: Preliminary findings toward a better management of inpatient aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(2), 129-137. doi: 10.1016/j.apnu.2010.07.001
- Fluttert, F., van Meijel, B., Nijman, H., Bjorkly, S., & Grypdonck, M. (2010b). Detached concern of forensic mental health nurses in therapeutic relationships with patients the application of the early recognition method related to detached concern. *Archives of Psychiatric Nursing*, 24(4), 266-274. doi: 10.1016/j.apnu.2009.09.002
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 208-216. doi: 10.1016/j.apnu.2007.06.012
- Flynn, G., O'Neill, C., Mclnerney, C., & Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM-1 structured professional judgment for triage to appropriate levels of therapeutic security: Retrospective-cohort validation study. *BMC Psychiatry*, 11, 43. doi: 10.1186/1471-244x-11-43
- Forensic Network. (2015). *Drug testing for restricted patients*. Verkregen via <https://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/publications/forensic-network-reports/>
- Forensic Network. (2019). *Guidance on patient referral to or within Scottish high and medium secure services*. Verkregen via <https://www.forensicnetwork.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/Guidance-on-Patient-Referral-to-High-Medium-Security-FINAL.pdf?x82981>
- Foyston, Z., Taylor, C., & Freestone, M. (2019). "Who needs secure services for personality disorder?" Results of an expert Delphi study with professional staff. *BMC Psychiatry*, 19(1), 280. doi: 10.1186/s12888-019-2268-3
- Freestone, M., Bull, D., Brown, R., Boast, N., Blazey, F., & Gilluley, P. (2015). Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a UK forensic service: Validation of the DUNDRUM toolkit. *BMC Psychiatry*, 15, 239. doi: 10.1186/s12888-015-0620-9
- Fujii, C., Fukuda, Y., Ando, K., Kikuchi, A., & Okada, T. (2014). Development of forensic mental health services in Japan: Working towards the reintegration of offenders with mental disorders. *International Journal of Mental Health Systems*, 8, 21. doi: 10.1186/1752-4458-8-21
- Fuller, J., Tapp, J., & Draycott, S. (2019). Are guilt and shame in male forensic patients associated with treatment motivation and readiness? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29(2), 111-121. doi: 10.1002/cbm.2105
- Geller, J. L. (2012). Patient-centered, recovery-oriented psychiatric care and treatment are not always voluntary. *Psychiatric Services*, 63(5), 493-495. doi: 10.1176/appi.ps.201100503
- George, C. (2014). "I couldn't have done it on my own." Perspectives of patients preparing for discharge from a UK high secure hospital. *The Mental Health Review*, 19(1), 27-36. doi: 10.1108/MHRJ-04-2013-0014
- GGZ Nederland. (2012). *Handreiking VIM: Veilig incidenten melden en analyseren*. Werkendam: Drukkerij Damen B.V. Werkendam.
- Gibbons, L., & McCarthy, L. (2015). Payment by results in forensic mental health. *BJPsych bulletin*, 39(5), 209-212. doi: 10.1192/pb.bp.114.048330
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., Fristed, P., & Hounsgaard, L. (2012). Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(2), 103-113. doi: 10.1111/j.1447-0349.2011.00786.x
- Gildberg, F. A., Bradley, S. K., Paaske, K. J., & Hounsgaard, L. (2014). The use of humor in forensic mental health staff-patient interactions. *Journal of Forensic Nursing*, 10(2), 98-105. doi: 10.1097/jfn.0000000000000029

- Gildberg, F. A., Elverdam, B., & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: A literature review and thematic analysis of staff–patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 359-368. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01533.x
- Gill, P., McKenna, P., Oneill, H., Thompson, J., & Timmons, D. (2010). Pillars and pathways: Foundations of recovery in Irish forensic mental health care. *The British Journal of Forensic Practice*, 12, 29-36. doi: 10.5042/bjfp.2010.0423
- Girardi, A., Snyman, P., Natarajan, M., & Griffiths, C. (2018). Older adults in secure mental health care: Health, social wellbeing and security needs measured with HoNOS-secure across different age groups. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(5), 824-843. doi: 10.1080/14789949.2018.1459787
- Glorney, E., Perkins, D., Adshead, G., McGauley, G., Murray, K., Noak, J., & Sichau, G. (2010). Domains of need in a high secure hospital setting: A model for streamlining care and reducing length of stay. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(2), 138-148. doi: 10.1080/14999013.2010.499552
- Gortz, D. P., & Commons, M. L. (2015). The stage-value model: Implications for the changing standards of care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 42-43, 135-143. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.018
- Gowensmith, W. N., Bryant, A. E., & Vitacco, M. J. (2014). Decision-making in post-acquittal hospital release: How do forensic evaluators make their decisions? *Behavioral Sciences & the Law*, 32(5), 596-607. doi: 10.1002/bsl.2135
- Gowensmith, W. N., Peters, A. J., Lex, I. A., Heng, A. K., Robinson, K. P., & Huston, B. A. (2016). New frontiers for conditional release: Applying lessons learned from other offenders with mental illness. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(2-3), 407-422. doi: 10.1002/bsl.2217
- Green, B., Carroll, A., & Brett, A. (2010). Structured risk assessment in community forensic mental health practice. *Australasian Psychiatry*, 18(6), 538-541. doi: 10.3109/10398562.2010.498513
- Gudde, C. B., Olso, T. M., Whittington, R., & Vatne, S. (2015). Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 449-462. doi: 10.2147/jmdh.s89486
- Gudjonsson, G. H., Webster, G., & Green, T. (2010). The recovery approach to care in psychiatric services: Staff attitudes before and after training. *The Psychiatrist*, 34(8), 326-329. doi: 10.1192/pb.bp.109.028076
- Gustafsson, E., Holm, M., & Flensner, G. (2012). Rehabilitation between institutional and non-institutional forensic psychiatric care: Important influences on the transition process. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), 729-737. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01852.x
- Guy, L. S., Packer, I. K., & Warnken, W. (2012). Assessing risk of violence using structured professional judgment guidelines. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 12(3), 270-283. doi: 10.1080/15228932.2012.674471
- Habets, P., Jeandarme, I., & Kennedy, H. G. (2019). Applicability of the DUNDRUM-1 in a forensic Belgian setting. *Journal of Forensic Practice* 21(1), 85-94.
- Haddad, M., Llewellyn-Jones, S., Yarnold, S., & Simpson, A. (2016). Improving the physical health of people with severe mental illness in a low secure forensic unit: An uncontrolled evaluation study of staff training and physical health care plans. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(6), 554-565. doi: 10.1111/inm.12246
- Haines, A., Brown, A., McCabe, R., Rogerson, M., & Whittington, R. (2017). Factors impacting perceived safety among staff working on mental health wards. *BJPsych Open*, 3(5), 204-211. doi: 10.1192/bjpo.bp.117.005280
- Haines, A., Perkins, E., Evans, E. A., & McCabe, R. (2018). Multidisciplinary team functioning and decision making within forensic mental health. *Mental Health Review*, 23(3), 185-196. doi: 10.1108/mhrj-01-2018-0001
- Hallett, N., & Hewison, A. (2012). How to address the physical needs of clients in a mental health setting. *Nursing Management*, 18(10), 30-35. doi: 10.7748/nm2012.03.18.10.30.c8960
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. M., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891. doi: 10.1177/0093854809338545
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2012). *Acute-2007 Coding Manual*. Ottawa, CA: Her Majesty The Queen in Right of Canada.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21, 1-21. doi: 10.1037/a0014421

- Harkins, L., Beech, A. R., & Goodwill, A. M. (2010). Examining the influence of denial, motivation, and risk on sexual recidivism. *Sexual Abuse, 22*(1), 78-94. doi: 10.1177/1079063209358106
- Harris, D. M., Happell, B., & Manias, E. (2015). Working with people who have killed: The experience and attitudes of forensic mental health clinicians working with forensic patients. *International Journal of Mental Health Nursing, 24*(2), 130-138. doi: 10.1111/inm.12113
- Hart, S., Sturmey, P., Logan, C., & McMurrin, M. (2011). Forensic case formulation. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*(2), 118-126. doi: 10.1080/14999013.2011.577137
- Heard, C. P., Scott, J., Tetzlaff, A., & Lumley, H. (2019). Transitional housing in forensic mental health: Considering consumer lived experience. *Health Justice, 7*(1), 8. doi: 10.1186/s40352-019-0091-z
- Hearn, D. (2011). Reflections on 10 years of using drug detection dogs in medium secure units. *Advances in Dual Diagnosis, 4*(2), 91-101. doi: 10.1108/17570971111163028
- Hiemke, C., Bergemann, N., Clement, H. W., Conca, A., Deckert, J., Domschke, K., . . . Baumann, P. (2018). Consensus guidelines for therapeutic drug monitoring in neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry, 51*(1-02), 9-62. doi: 10.1055/s-0043-116492
- Hillbrand, M., Young, J. L., & Griffith, E. E. H. (2010). Managing risk and recovery: Redefining miscibility of oil and water. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 38*(4), 452-456.
- Hives, F., II, Karyadi, K. A., Nitch, S., & Kinney, D. (2018). Locked in and growing old: The psychiatric, forensic, and cognitive correlates of 30 years of psychiatric hospitalization. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(2), 188-197. doi: 10.1016/j.jagp.2017.10.003
- Hopkin, G., Evans-Lacko, S., Forrester, A., Shaw, J., & Thornicroft, G. (2018). Interventions at the transition from prison to the community for prisoners with mental illness: A systematic review. *Administration and Policy in Mental Health, 45*(4), 623-634. doi: 10.1007/s10488-018-0848-z
- Hörberg, U. (2015). Caring science and the development of forensic psychiatric caring. *Perspectives in Psychiatric Care, 51*(4), 277-284. doi: 10.1111/ppc.12092
- Hörberg, U. (2018). 'The art of understanding in forensic psychiatric care' - From a caring science perspective based on a lifeworld approach. *Issues in Mental Health Nursing, 39*(9), 802-809. doi: 10.1080/01612840.2018.1496499
- Hörberg, U., Sjögren, R., & Dahlberg, K. (2012). To be strategically struggling against resignation: The lived experience of being cared for in forensic psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing, 33*(11), 743-751. doi: 10.3109/01612840.2012.704623
- Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., & Duggan, C. (2013). Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health, 23*(3), 191-202. doi: 10.1002/cbm.1852
- Isaak, V., Vashdi, D., Bar-Noy, D., Kostisky, H., Hirschmann, S., & Grinshpoon, A. (2017). Enhancing the safety climate and reducing violence against staff in closed hospital wards. *Workplace Health & Safety, 65*(9), 409-416. doi: 10.1177/2165079916672478
- Isaak, V., Vashdi, D., & Steiner-Lavi, O. (2018). The long-term effects of a prevention program on the number of critical incidents and sick leave days. *International Journal of Mental Health Systems, 12*, 71. doi: 10.1186/s13033-018-0250-y
- Jas, E., & Wieling, M. (2018). Providers' competencies positively affect personal recovery of involuntarily admitted patients with severe mental illness: A prospective observational study. *The International Journal of Social Psychiatry, 64*(2), 145-155. doi: 10.1177/0020764017749864
- Jeandarme, I., & Habets, P. (2019). Bepalen benodigde beveiligingsniveau van forensisch psychiatrische patienten: HoNOS-Secure en DUNDRUM-1. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 61*(7), 455-463.
- Jeandarme, I., Habets, P., & Kennedy, H. (2019). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions. *International Journal of Law and Psychiatry, 64*, 205-210. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.04.006
- Jeandarme, I., Habets, P., & Pouls, C. (2018). *Dangerousness Understanding Recovery Urgency Manual: The DUNDRUM quartet (Nederlandse vertaling)* Intern document.
- Jeandarme, I., Pouls, C., De Laender, J., Oei, T. I., & Bogaerts, S. (2016). Field validity of the HCR-20 in forensic medium security units in Flanders. *Psychology, Crime & Law, 23*(4), 305-322.
- Jeandarme, I., Pouls, C., Hanouille, K., Oei, T. I., & Bogaerts, S. (2016). Klinische implicaties van afschaffing van de ministeriële internering in België: Onderzoek naar profiel van Vlaamse geïnterneerden-veeroordeelden. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 58*(8), 574-582.

- Jeandarme, I., Wittouck, C., Vander Laenen, F., Pouls, C., Oei, T. I., & Bogaerts, S. (2016). Risk factors associated with inpatient violence during medium security treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(17), 3711-3736. doi: 10.1177/0886260516670884
- Kendall, S., Redshaw, S., Ward, S., Wayland, S., & Sullivan, E. (2018). Systematic review of qualitative evaluations of reentry programs addressing problematic drug use and mental health disorders amongst people transitioning from prison to communities. *Health & Justice, 6*(1), 4. doi: 10.1186/s40352-018-0063-8
- Kennedy, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: Mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment, 8*, 433-443. doi: 10.1192/apt.8.6.433
- Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). *The Dundrum toolkit. Dangerousness, understanding, recovery and urgency manual (the DUNDRUM quartet) V1.0.30 (30/05/16). Four structured professional judgment instruments for admission triage, urgency, treatment completion and recovery assessments*. Dublin, Ireland: Trinity College Dublin.
- Kenney-Herbert, J., Taylor, M., Puri, R., & Phull, J. (2013). *Standards for community forensic mental health services*. Verkregen via http://www.antonioacasella.eu/archipsy/KENNEY-HERBERT_APR13.pdf
- Khalifa, N., Talbot, E., Schneider, J., Walker, D. M., Bates, P., Bird, Y., . . . Vollm, B. (2016). Individual placement and support (IPS) for patients with offending histories: The IPSOH feasibility cluster randomised trial protocol. *BMJ Open, 6*(7), e012710. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012710
- Kip, H., Bouman, Y. H. A., Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2018). eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: A review of the current state. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 42. doi: 10.3389/fpsyt.2018.00042
- Kip, H., Kelders, S. M., Weerink, K., Kuiper, A., Bruninghoff, I., Bouman, Y. H. A., . . . van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2019). Identifying the added value of virtual reality for treatment in forensic mental health: A scenario-based, qualitative approach. *Frontiers in Psychology, 10*, 406. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00406
- Kjellin, L., & Pelto-Piri, V. (2014). Community treatment orders in a Swedish county - Applied as intended? *BMC Research Notes, 7*, 879. doi: 10.1186/1756-0500-7-879
- Klepfisz, G., Daffern, M., & Day, A. (2016). Understanding dynamic risk factors for violence. *Psychology, Crime & Law, 22*(1-2), 124-137. doi: 10.1080/1068316X.2015.1109091
- Koch, M., van den Berg, J. W., & Smid, W. (2014). *Acute-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Konrad, N., & Lau, S. (2010). Dealing with the mentally ill in the criminal justice system in Germany. *International Journal of Law and Psychiatry, 33*(4), 236-240. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.06.005
- Koskinen, L., Likitalo, H., Aho, J., Vuorio, O., & Meretoja, R. (2014). The professional competence profile of Finnish nurses practising in a forensic setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(4), 320-326. doi: 10.1111/jpm.12093
- Kraanen, F. L., Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (2012). Substance use disorders in forensic psychiatry: Differences among different types of offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*(8), 1201-1219. doi: 10.1177/0306624x11420252
- Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., & Turunen, H. (2013). Patient safety culture in two Finnish state-run forensic psychiatric hospitals. *Journal of Forensic Nursing, 9*(4), 207-216. doi: 10.1097/JFN.0b013e318281068c
- Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., & Turunen, H. (2017). Nurses' views highlight a need for the systematic development of patient safety culture in forensic psychiatry nursing. *Journal of Patient Safety. doi: 10.1097/pts.0000000000000314*
- Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Eronen, M., & Turunen, H. (2019). Changes in patient safety culture: A patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff. *Journal of Nursing Management, 27*(4), 848-857. doi: 10.1111/jonm.12760
- Kurtz, A., & Jeffcote, N. (2011). 'Everything contradicts in your mind': A qualitative study of experiences of forensic mental health staff in two contrasting services. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(4), 245-258. doi: 10.1002/cbm.796
- Kusters, I., van Horn, J. E., & Cnossen, T. E. A. (2018). Forensische (F)ACT: Een onderzoek naar indicatiestelling, risicotaxatie en recidive. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 60*(10), 672-681.
- Lamberti, J. S., Deem, A., Weisman, R. L., & LaDuke, C. (2011). The role of probation in forensic assertive community treatment. *Psychiatric Services, 62*(4), 418-421. doi: 10.1176/ps.62.4.pss6204_0418

- Lamberti, J. S., & Weisman, R. (2010). Forensic Assertive Community Treatment: Origins, current practice, and future directions. In H. A. D. (Red.), *Reentry planning for offenders with mental disorders*. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Lamberti, J. S., Weisman, R. L., Cerulli, C., Williams, G. C., Jacobowitz, D. B., Mueser, K. T., . . . Caine, E. D. (2017). A randomized controlled trial of the Rochester Forensic Assertive Community Treatment Model. *Psychiatric Services, 68*(10), 1016-1024. doi: 10.1176/appi.ps.201600329
- Landess, J., & Holoyda, B. (2017). Mental health courts and forensic assertive community treatment teams as correctional diversion programs. *Behavioral Sciences & the Law, 35*(5-6), 501-511. doi: 10.1002/bsl.2307
- Latham, R., & Williams, H. K. (2020). Community forensic psychiatric services in England and Wales. *CNS Spectrums, 1-14*. doi: 10.1017/s1092852919001743
- Leutwyler, H., Hubbard, E., & Zahnd, E. (2017). Case management helps prevent criminal justice recidivism for people with serious mental illness. *International Journal of Prison Health, 13*(3-4), 168-172. doi: 10.1108/ijph-06-2016-0021
- Levin, S. K., Nilsen, P., Bendtsen, P., & Bulow, P. (2019). Adherence to planned risk management interventions in Swedish forensic care: What is said and done according to patient records. *International Journal of Law and Psychiatry, 64*, 71-82. doi: 10.1016/j.ijlp.2019.02.003
- Livingston, J. D. (2018). What does success look like in the forensic mental health system? Perspectives of service users and service providers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62*(1), 208-228. doi: 10.1177/0306624x16639973
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., & Brink, J. (2012). A tale of two cultures: Examining patient-centered care in a forensic mental health hospital. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 23*(3), 345-360. doi: 10.1080/14789949.2012.668214
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., Lapsley, S., Calderwood, C., & Brink, J. (2013). Supporting recovery by improving patient engagement in a forensic mental health hospital: Results from a demonstration project. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 19*(3), 132-145. doi: 10.1177/1078390313489730
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., & Team, P. E. E. R. (2013). Perceptions of treatment planning in a forensic mental health hospital: A qualitative, participatory action research study. *International Journal of Forensic Mental Health, 12*(1), 42-52. doi: 10.1080/14999013.2013.763390
- Livingston, J. D., Rossiter, K. R., & Verdun-Jones, S. N. (2011). 'Forensic' labelling: An empirical assessment of its effects on self-stigma for people with severe mental illness. *Psychiatry Research, 188*(1), 115-122. doi: 10.1016/j.psychres.2011.01.018
- Logan, C., & Taylor, J. L. (2017). Working with personality disordered women in secure care: The challenge of gender-based service delivery. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 28*(2), 242-256. doi: 10.1080/14789949.2017.1301531
- Long, C., Dolley, O., & Hollin, C. (2012). Engagement in psychosocial treatment: Its relationship to outcome and care pathway progress for women in medium-secure settings. *Criminal Behaviour and Mental Health, 22*(5), 336-349. doi: 10.1002/cbm.1824
- Long, C. G., Anagnostakis, K., Fox, E., Silaule, P., Somers, J., West, R., & Webster, A. (2011). Social climate along the pathway of care in women's secure mental health service: Variation with level of security, patient motivation, therapeutic alliance and level of disturbance. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(3), 202-214. doi: 10.1002/cbm.791
- Long, C. G., Harding, S., Payne, K., & Collins, L. (2014). Nursing and health-care assistant experience of supervision in a medium secure psychiatric service for women: Implications for service development. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(2), 154-162. doi: 10.1111/jpm.12066
- Long, C. G., Knight, C., Bradley, L., & Thomas, M. (2012). Effective therapeutic milieus in secure services for women: The service user perspective. *Journal of Mental Health, 21*(6), 567-578. doi: 10.3109/09638237.2012.734649
- Long, C., Langford, V., Clay, R., Craig, L., & Hollin, C. (2011). Architectural change and the effects on the perceptions of the ward environment in a medium secure unit for women. *The British Journal of Forensic Practice, 13*, 205-212. doi: 10.1108/14636641111157850
- Long, C., Rowell, A., Gayton, A., Hodgson, E., & Dolley, O. (2014). Tackling obesity and its complications in secure settings. *Mental Health Review Journal, 19*(1), 37-46. doi: 10.1108/MHRJ-04-2013-0012
- Longdon, L., Edworthy, R., Resnick, J., Byrne, A., Clarke, M., Cheung, N., & Khalifa, N. (2018). Patient characteristics and outcome measurement in a low secure forensic hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health, 28*(3), 255-269. doi: 10.1002/cbm.2062

- Lundqvist, L.-O., & Schröder, A. (2015). Patient and staff views of quality in forensic psychiatric inpatient care. *Journal of Forensic Nursing, 11*, 51-58. doi: 10.1097/JFN.0000000000000060
- Lyall, M., & Bartlett, A. (2010). Decision making in medium security: Can he have leave? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 21*(6), 887-901. doi: 10.1080/14789949.2010.500740
- MacCall, C. A. (2017). Drug testing in forensic mental health settings. *Addiction, 112*(4), 729-730. doi: 10.1111/add.13727
- MacInnes, D., & Masino, S. (2019). Psychological and psychosocial interventions offered to forensic mental health inpatients: A systematic review. *BMJ Open, 9*(3), e024351. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024351
- Maguire, T., Daffern, M., & Martin, T. (2014). Exploring nurses' and patients' perspectives of limit setting in a forensic mental health setting. *International Journal of Mental Health Nursing, 23*(2), 153-160. doi: 10.1111/inm.12034
- Manguno-Mire, G. M., Coffman, K. L., DeLand, S. M., Thompson, J. W., Jr., & Myers, L. (2014). What factors are related to success on conditional release/discharge? Findings from the New Orleans forensic aftercare clinic: 2002-2013. *Behavioral Sciences & the Law, 32*(5), 641-658. doi: 10.1002/bsl.2138
- Mann, B., Matias, E., & Allen, J. (2014). Recovery in forensic services: Facing the challenge. *Advances in Psychiatric Treatment, 20*, 125-131. doi: 10.1192/apt.bp.113.011403
- Marquant, T., Sabbe, B., Van Nuffel, M., & Goethals, K. (2016). Forensic assertive community treatment: A review of the literature. *Community Mental Health Journal, 52*(8), 873-881. doi: 10.1007/s10597-016-0044-0
- Martin, K., & Martin, E. (2016). Factors influencing treatment team recommendations to review tribunals for forensic psychiatric patients. *Behavioral Sciences & the Law, 34*(4), 551-563. doi: 10.1002/bsl.2244
- Martin, T., Maguire, T., Quinn, C., Ryan, J., Bawden, L., & Summers, M. (2013). Standards of practice for forensic mental health nurses-Identifying contemporary practice. *Journal of Forensic Nursing, 9*(3), 171-178. doi: 10.1097/JFN.0b013e31827a593a
- McCarthy, L., & Duggan, C. (2010). Engagement in a medium secure personality disorder service: A comparative study of psychological functioning and offending outcomes. *Criminal Behaviour and Mental Health, 20*(2), 112-128. doi: 10.1002/cbm.758
- McClellan, R. J. (2010). Assessing the security needs of patients in medium secure psychiatric care in Northern Ireland. *The Psychiatrist, 34*(10), 432-436. doi: 10.1192/pb.bp.109.027672
- McEvedy, S. M., Furness, T., & McKenna, B. (2018). Introduction of a drug-detection dog programme in mental health inpatient units: A mixed-methods study of consumer, staff, and carers' perceptions. *International Journal of Mental Health Nursing, 27*(1), 408-421. doi: 10.1111/inm.12335
- McKeown, M., Jones, F., Foy, P., Wright, K., Paxton, T., & Blackmon, M. (2016). Looking back, looking forward: Recovery journeys in a high secure hospital. *International Journal of Mental Health Nursing, 25*(3), 234-242. doi: 10.1111/inm.12204
- McKeown, M., Jones, F., Wright, K., Spandler, H., Wright, J., Fletcher, H., . . . Turton, W. (2016). It's the talk: A study of involvement initiatives in secure mental health settings. *Health Expectations, 19*(3), 570-579. doi: 10.1111/hex.12232
- McLoughlin, K. A. (2011). Is recovery possible in a forensic hospital setting? *Archives of Psychiatric Nursing, 25*(5), 390-391. doi: 10.1016/j.apnu.2011.04.007
- Melnick, I. (2016). Passageway: A novel approach to success of conditional release - Principles and constructs of the model residential program for the forensic mentally ill patient. *Behavioral Sciences & the Law, 34*(2-3), 396-406. doi: 10.1002/bsl.2227
- Mental Health Standing Committee. (2006). *National statement of principles for forensic mental health*. Verkregen via <https://www.aihw.gov.au/getmedia/e615a500-d412-4b0b-84f7-fe0b7fb00f5f/National-Forensic-Mental-Health-Principles.pdf.aspx>
- Mercer, D., & Perkins, E. (2018). Sex, gender and the carceral: Female staff experiences of working in forensic care with sexual offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 59*, 38-43. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.05.004
- Mezey, G. C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 21*(5), 683-696. doi: 10.1080/14789949.2010.489953
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019a). *Beleidskader Langdurige Forensisch Psychiatrische Zorg*. Verkregen via <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/10/08/beleidskader-langdurige-forensisch-psychiatrische-zorg>

- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019b). *Forensische zorg: Divisie individuele zaken*. Verkregen via <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/ministerie-van-veiligheid-en-justitie/divisie-individuele-zaken>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019c). *Gids prestatie-indicatoren forensische psychiatrie verslagjaar 2020*. Verkregen via <https://www.forensischezorg.nl/beleid/prestatie-indicatoren-forensische-psychiatrie>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019d). *Handboek Forensische Zorg*. Verkregen via <https://www.forensischezorg.nl/kennis-delen/nieuws/nieuw-handboek-forensische-zorg>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019e). *Indicatiestelling klinische zorg*. Verkregen via <https://www.forensischezorg.nl/indicatiestelling-plaatsing/indicatiestelling/klinische-zorg>
- Ministerie van Justitie en Veiligheid. (2019f). *Kernset prestatie-indicatoren forensische psychiatrie. Verslagjaar 2019*. Verkregen via <https://www.forensischezorg.nl/beleid/prestatie-indicatoren-forensische-psychiatrie>
- Møllerhøj, J., & Stølan, L. O. (2018). 'First and foremost a human being...': User perspectives on mental health services from 50 mentally disordered offenders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(8), 593-598. doi: 10.1080/08039488.2018.1502352
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Nagtegaal, M. H., & Boonmann, C. (2016). Conditional release of forensic psychiatric patients consistent with or contrary to behavioral experts' recommendations in the Netherlands: Prevalence rates, patient characteristics and recidivism after discharge from conditional release. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(2-3), 257-277. doi: 10.1002/bsl.2224
- Nakatani, Y. (2012). Challenges in interfacing between forensic and general mental health: A Japanese perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(5-6), 406-411. doi: 10.1016/j.ijlp.2012.09.021
- Natarajan, M., & Mulvana, S. (2018). New horizons: Forensic mental health services for older people. *BIPsych Advances*, 23(1), 44-53. doi: 10.1192/apt.bp.113.012021
- National Health Service. (2010). *High secure building design guide*. Verkregen via <https://www.gov.uk/government/publications/high-secure-building-design-guide-overarching-principles-for-ashworth-broadmoor-rampton-hospitals>
- National Health Service. (2013). *NHS standard contract for high secure mental health services (adults)*. Verkregen via <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/06/c02-high-sec-mh.pdf>
- National Health Service. (z.d.-a). *Service specifications for adult low secure services*. Verkregen via <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/03/adult-low-secure-service-specification-v3.pdf>
- National Health Service. (z.d.-b). *Service specifications for adult medium secure services*. Verkregen via <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/03/adult-medium-secure-service-specification-v3.pdf>
- Neal, T., Miller, S., & Shealy, C. (2015). A field study of a comprehensive violence risk assessment battery. *Criminal Justice and Behavior*, 42(9), 952-968. doi: 10.1177/0093854815572252
- Neijmeijer, L., Verwoerd, J., van Vugt, M., Place, C., & Kroon, H. (2017). Forensische (flexibele) assertive community treatment ((F)ACT): Cliëntkenmerken en behandelresultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 59(4), 212-220.
- Neupert, S. D., Desmarais, S. L., Gray, J. S., Cohn, A. M., Doherty, S., & Knight, K. (2017). Daily stressors as antecedents, correlates, and consequences of alcohol and drug use and cravings in community-based offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(3), 315-325. doi: 10.1037/adb0000276
- Nijdam-Jones, A., Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., & Brink, J. (2015). Using social bonding theory to examine 'recovery' in a forensic mental health hospital: A qualitative study. *Criminal Behaviour Mental Health*, 25(3), 157-168. doi: 10.1002/cbm.1918
- O' Flynn, P., O' Regan, R., O' Reilly, K., & Kennedy, H. G. (2018). Predictors of quality of life among inpatients in forensic mental health: Implications for occupational therapists. *BMC Psychiatry*, 18(1), 16. doi: 10.1186/s12888-018-1605-2
- O'Donahoo, J., & Simmonds, J. G. (2016). Forensic patients and forensic mental health in Victoria: Legal context, clinical pathways, and practice challenges. *Australian Social Work*, 69(2), 169-180. doi: 10.1080/0312407X.2015.1126750
- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K., & Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: Validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of

- programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4, 229. doi: 10.1186/1756-0500-4-229
- O'Neill, C., Smith, D., Cadow, M., Duffy, F., Hickey, P., Fitzpatrick, M., . . . Kennedy, H. G. (2016). STRESS-testing clinical activity and outcomes for a combined prison in-reach and court liaison service: A 3-year observational study of 6177 consecutive male remands. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 67. doi: 10.1186/s13033-016-0097-z
- Ojansuu, I., Putkonen, H., & Tiihonen, J. (2018). Cause-specific mortality in Finnish forensic psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(5), 374-379. doi: 10.1080/08039488.2018.1467965
- Olausson, S., Danielson, E., Berglund Johansson, I., & Wijk, H. (2019). The meanings of place and space in forensic psychiatric care - A qualitative study reflecting patients' point of view. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), 516-526. doi: 10.1111/inm.12557
- Olsson, H., Auduly, Å., Strand, S., & Kristiansen, L. (2015). Reducing or increasing violence in forensic care: A qualitative study of inpatient experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(6), 393-400. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.009
- Olsson, H., & Schon, U. K. (2016). Reducing violence in forensic care - How does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *Journal of Mental Health*, 25(6), 506-511. doi: 10.3109/09638237.2016.1139075
- Olsson, H., Strand, S., & Kristiansen, L. (2014). Reaching a turning point - How patients in forensic care describe trajectories of recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 505-514. doi: 10.1111/scs.12075
- Palmer, E., Hatcher, R., McGuire, J., Bilby, C., Ayres, T., & Hollin, C. (2011). Evaluation of the addressing substance-related offending (ASRO) program for substance-using offenders in the community: A reconviction analysis. *Substance Use & Misuse*, 46(8), 1072-1080. doi: 10.3109/10826084.2011.559682
- Papapietro, D. J. (2019). Involving forensic patients in treatment planning increases cooperation and may reduce violence risk. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47(1), 35-41. doi: 10.29158/jaapl.003815-19
- Parkes, J. H., & Freshwater, D. S. (2012). The journey from despair to hope: An exploration of the phenomenon of psychological distress in women residing in British secure mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(7), 618-628. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01909.x
- Parkes, J. H., Pyer, M., Ward, A., Doyle, C., & Dickens, G. L. (2015). 'Going into the unknown': Experiences of male patients in secure settings during environmental transition. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 2-10. doi: 10.1111/inm.12088
- Parrott, F. R., Macinnes, D. L., & Parrott, J. (2015). Mental illness and parenthood: Being a parent in secure psychiatric care. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25(4), 258-272. doi: 10.1002/cbm.1948
- Pelto-Piri, V., Wallsten, T., Hysten, U., Nikban, I., & Kjellin, L. (2019). Feeling safe or unsafe in psychiatric inpatient care, a hospital-based qualitative interview study with inpatients in Sweden. *International Journal of Mental Health Systems*, 13, 23. doi: 10.1186/s13033-019-0282-y
- Penney, S. R., Marshall, L. A., & Simpson, A. I. (2016). The assessment of dynamic risk among forensic psychiatric patients transitioning to the community. *Law and Human Behavior*, 40(4), 374-386. doi: 10.1037/lhb0000183
- Pettman, H., Loft, N., & Terry, R. (2019). We deal here with grey: Exploring professional boundary development in a forensic inpatient service. *Journal of Forensic Nursing*. doi: 10.1097/jfn.0000000000000250
- Pham, T., Habets, P., Saloppé, X., Ducro, C., Delaunoy, B., Pouls, C., & Jeandarme, I. (2019). Violence risk profile of medium- and high-security NGRI offenders in Belgium. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(3), 530-550. doi: 10.1080/14789949.2019.1570540
- Place, C., Van Vugt, M., Kroon, H., & Neijmeijer, L. (2011). Modelbeschrijving forensische (F)ACT. Richtlijnen voor de werkwijze en het zorgaanbod van forensische ACT- en FACT-teams. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Polaschek, D. L. L. (2011). Many sizes fit all: A preliminary framework for conceptualizing the development and provision of cognitive-behavioral rehabilitation programs for offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 16(1), 20-35. doi: 10.1016/j.avb.2010.10.002
- Pollak, C., Palmstierna, T., Kald, M., & Ekstrand, P. (2018). "It had only been a matter of time before I had relapsed into crime": Aspects of care and personal recovery in forensic mental health. *Journal of Forensic Nursing*, 14(4), 230-237. doi: 10.1097/jfn.0000000000000210

- Pouncey, C. L., & Lukens, J. M. (2010). Madness versus badness: The ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(1), 93-105. doi: 10.1007/s11017-010-9138-9
- Price, O., & Wibberley, C. (2012). An exploratory study investigating the impact of the procedures used to manage patient substance misuse on nurse-patient relationships in a medium secure forensic unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(8), 672-680. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01842.x
- Probst, T., Bezzel, A., Hochstadt, M., Pieh, C., & Mache, W. (2020). Criminal recidivism after forensic psychiatric treatment. A multicenter study on the role of pretreatment, treatment-related, and follow-up variables. *Journal of Forensic Sciences*. doi: 10.1111/1556-4029.14281
- Programma Continuïteit van zorg. (2017). *Programma continuïteit van zorg. Handreiking voor professionals*. Verkregen via https://www.continuiteitvanzorg.nl/uploads/files/Handreiking_CvZ_v2.pdf
- Pulsford, D., Crumpton, A., Baker, A., Wilkins, T., Wright, K., & Duxbury, J. (2013). Aggression in a high secure hospital: Staff and patient attitudes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 296-304. doi: 10.1111/j.1365-2850.2012.01908.x
- Quality Network for Forensic Mental Health Services. (2015). *See Think Act. 2nd edition*. Verkregen via https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-see-think-act-qnmfhs/sta_hndbk_2nded_web.pdf?sfvrsn=90e1fc26_4
- Quality Network for Forensic Mental Health Services. (2019). *Standards for forensic mental health services: Low and medium secure care - Third edition*. Verkregen via https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/improving-care/ccqi/quality-networks/secure-forensic/forensic-standards-qnmfhs/standards-for-forensic-mental-health-services-fourth-edition.pdf?sfvrsn=2d2daabf_6
- Raes, A., Deladrière, A., Sivri, S., Taeymans, M., & Defever, C. (2011). *Evaluatie van de samenwerkingsakkoorden inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Empirisch onderzoek*. Brussel: Dienst voor het strafrechtelijk beleid.
- Rani, S., & Mulholland, F. (2014). An appraisal of service users' structured activity requirements in an Irish forensic setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(5), 383-390. doi: 10.1111/jpm.12096
- Ray, I., & Simpson, A. I. F. (2019). Shared risk formulation in forensic psychiatry. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47(1), 22-28. doi: 10.29158/jaapl.003813-19
- Redhead, K., Bradshaw, T., Braynion, P., & Doyle, M. (2011). An evaluation of the outcomes of psychosocial intervention training for qualified and unqualified nursing staff working in a low-secure mental health unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 59-66. doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01629.x
- Rees, C., Pitcairn, J., & Thomson, L. (2018). A protocol in action: Recovery approach for patients within high secure care: A 20+ year follow-up. *Health Science Reports*, 1(2), e21. doi: 10.1002/hsr.2.21
- Resnick, K. S., & Appelbaum, P. S. (2019). Passive monitoring of mental health status in the criminal forensic population. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 47(4), 457-466. doi: 10.29158/jaapl.003865-19
- Risk Management Authority. (2011). *Framework for risk assessment, risk management and evaluation: FRAME*. Paisley: RMA.
- Risk Management Authority. (2016). *Standards & guidelines for risk management*. Paisley: RMA.
- Risk Management Authority. (2018). *Standards & guidelines: Risk Assessment Report Writing*.
- Risk Management Authority. (2019). *RATED: Risk Assessment Tools Evaluation Directory*. Verkregen via <http://rated.rmascotland.gov.uk/>
- Robertson, P., Barnao, M., & Ward, T. (2011). Rehabilitation frameworks in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 16(6), 472-484. doi: 10.1016/j.avb.2011.03.003
- Rose, D. N., Peter, E., Gallop, R., Angus, J. E., & Liaschenko, J. (2011). Respect in forensic psychiatric nurse-patient relationships: A practical compromise. *Journal of Forensic Nursing*, 7(1), 3-16. doi: 10.1111/j.1939-3938.2010.01090.x
- Royal College of Psychiatrists. (2013). *Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)*. <http://www.rcpsych.ac.uk/crtu/healthofthenation/whatishonos.aspx>.
- Salem, L., Crocker, A. G., Charette, Y., Seto, M. C., Nicholls, T. L., & Cote, G. (2015). Supportive housing and forensic patient outcomes. *Law and Human Behavior*, 39(3), 311-320. doi: 10.1037/lhb0000112
- Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C., & Wiklund Gustin, L. (2016). Getting to know the person behind the illness - The significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1426-1434. doi: 10.1111/jocn.13252

- Schaftenaar, P., & Outheusden, I. (2019). *Handreiking Duurzame Verbinding*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- Schaftenaar, P., van Outheusden, I., Stams, G. J., & Baart, A. (2018). Relational caring and contact after treatment. An evaluation study on criminal recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*, *60*, 45-50. doi: 10.1016/j.ijlp.2018.07.011
- Schaftenaar, P., Vogel, V., & Clercx, M. (2019). Continuïteit van en na forensische zorg: Een grote zorg. *Sancties*, *77*, 361-367.
- Schaufenbil, R. J., Kornbluh, R., Stahl, S. M., & Warburton, K. D. (2015). Forensic focused treatment planning: A new standard for forensic mental health systems. *CNS Spectrums*, *20*(3), 250-253. doi: 10.1017/s1092852915000152
- Schel, S. H., Bouman, Y. H., Braun, P. C., & Bulten, B. H. (2016). Kwaliteit van leven van patienten in de langdurige forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *58*(12), 863-871.
- Schroder, A., Agrim, J., & Lundqvist, L. O. (2013). The quality in psychiatric care-forensic in-patient instrument: Psychometric properties and patient views of the quality of forensic psychiatric services in Sweden. *Journal of Forensic Nursing*, *9*(4), 225-234. doi: 10.1097/JFN.0b013e31827f5d2f
- Schuringa, E., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2014). *Verkorte handleiding IFBE. Behandelevaaluatie van de HKT-R*. Groningen: Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag.
- Sedgwick, O., Young, S., Das, M., & Kumari, V. (2016). Objective predictors of outcome in forensic mental health services - A systematic review. *CNS Spectrums*, *21*(6), 430-444. doi: 10.1017/s1092852915000723
- Segal, A., Daffern, M., Thomas, S., & Ferguson, M. (2010). Needs and risks of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population. *International Journal of Mental Health Nursing*, *19*(4), 223-230. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00665.x
- Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., Lundqvist, L. O., & Schroder, A. (2019). Patient and staff experiences of quality in Swedish forensic psychiatric care: A repeated cross-sectional survey with yearly sampling at two clinics. *International Journal of Mental Health Systems*, *13*, 8. doi: 10.1186/s13033-019-0265-z
- Selvin, M., Almqvist, K., Kjellin, L., & Schroder, A. (2016). The concept of patient participation in forensic psychiatric care: The patient perspective. *Journal of Forensic Nursing*, *12*(2), 57-63. doi: 10.1097/jfn.0000000000000107
- Seppänen, A., Törmänen, I., Shaw, C., & Kennedy, H. (2018). Modern forensic psychiatric hospital design: Clinical, legal and structural aspects. *International Journal of Mental Health Systems*, *12*, 58. doi: 10.1186/s13033-018-0238-7
- Sheldon, K., Howells, K., & Patel, G. (2010). An empirical evaluation of reasons for non-completion of treatment in a dangerous and severe personality disorder unit. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *20*(2), 129-143. doi: 10.1002/cbm.760
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., & Shaw, J. (2016). Personal recovery within forensic settings - Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *26*(1), 59-75. doi: 10.1002/cbm.1966
- Shepherd, A., Sanders, C., & Shaw, J. (2017). Seeking to understand lived experiences of personal recovery in personality disorder in community and forensic settings - A qualitative methods investigation. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 282. doi: 10.1186/s12888-017-1442-8
- Shepherd, S. M. (2016). Violence risk instruments may be culturally unsafe for use with Indigenous patients. *Australasian Psychiatry*, *24*(6), 565-567. doi: 10.1177/1039856216665287
- Shiina, A. (2015). Risk assessment and management of violence in patients with mental disorders: A Review. *Forensic, Legal & Investigative Sciences*, *1*, 1-5. doi: 10.24966/FLIS-733X/100002
- Shinkfield, G., & Ogloff, J. (2014). A review and analysis of routine outcome measures for forensic mental health services. *International Journal of Forensic Mental Health*, *13*(3), 252-271. doi: 10.1080/14999013.2014.939788
- Simpson, A. I. F., & Penney, S. R. (2011). The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *21*(5), 299-306. doi: 10.1002/cbm.823
- Simpson, A. I., Penney, S. R., Fernane, S., & Wilkie, T. (2015). The impact of structured decision making on absconding by forensic psychiatric patients: Results from an A-B design study. *BMC Psychiatry*, *15*, 103. doi: 10.1186/s12888-015-0474-1
- Singh, J. P., Desmarais, S. L., Hurducas, C., Arbach-Lucioni, K., Condemarin, C., Dean, K., . . . Pham. (2014). International perspectives on the practical application of violence risk assessment: A global survey

- of 44 countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 193-206. doi: 10.1080/14999013.2014.922141
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 499-513. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.009
- Skeem, J. L., Steadman, H. J., & Manchak, S. M. (2015). Applicability of the risk-need-responsivity model to persons with mental illness involved in the criminal justice system. *Psychiatric Services*, 66(9), 916-922. doi: 10.1176/appi.ps.201400448
- Smith, G. M., Ashbridge, D. M., Altenor, A., Steinmetz, W., Davis, R. H., Mader, P., & Adair, D. K. (2015). Relationship between seclusion and restraint reduction and assaults in Pennsylvania's forensic services centers: 2001–2010. *Psychiatric Services*, 66(12), 1326-1332. doi: 10.1176/appi.ps.201400378
- Sorensen, T., Tingleff, E. B., & Gildberg, F. A. (2018). Feeling safe and taking on responsibilities: Newly graduated nurses' perceptions and evaluations of their transition into a forensic mental health inpatient setting. *Journal of Forensic Nursing*, 14(3), 126-134. doi: 10.1097/jfn.0000000000000190
- Souter, G. (2015). Evaluating the named nurse understanding of recovery in forensic mental health. *British Journal of Mental Health Nursing*, 4, 72-76. doi: 10.12968/bjmh.2015.4.2.72
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige - Revisie*. Groningen: Dr. S. van Mesdag.
- Storey, J. E., Watt, K. A., & Hart, S. D. (2015). An examination of violence risk communication in practice using a structured professional judgment framework. *Behavioral Sciences & the Law*, 33(1), 39-55. doi: 10.1002/bsl.2156
- Svennerlind, C., Nilsson, T., Kerekes, N., Andiné, P., Lagerkvist, M., Forsman, A.s, . . . Malmgren, H. (2010). Mentally disordered criminal offenders in the Swedish criminal system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 220-226. doi: 10.1016/j.ijlp.2010.06.003
- Takeda, K., Sugawara, N., Yamada, Y., Nagata, T., Kashiwagi, H., Kono, T., . . . Okada, T. (2019). Employment-related factors of forensic psychiatric outpatients with psychotic disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 3341-3350. doi: 10.2147/ndt.s228916
- Talbot, E. C., Vollm, B., & Khalifa, N. (2017). Effectiveness of work skills programmes for offenders with mental disorders: A systematic review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(1), 40-58. doi: 10.1002/cbm.1981
- Tapp, J., Perkins, D., Warren, F., Fife-Schaw, C., & Moore, E. (2013). A critical analysis of clinical evidence from high secure forensic inpatient services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(1), 68-82. doi: 10.1080/14999013.2012.760185
- Tapp, J., Warren, F., Fife-Schaw, C., Perkins, D., & Moore, E. (2016). Essential elements of treatment and care in high secure forensic inpatient services: An expert consensus study. *Journal of Forensic Practice*, 18(3), 189-203. doi: 10.1108/JFP-07-2015-0041
- Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment. Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2), 216-231.
- Tema, T. R., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. P. (2011). Experiences of psychiatric nurses exposed to hostility from patients in a forensic ward. *Journal of Nursing Management*, 19(7), 915-924. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01304.x
- Tenkanen, H., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., & Kinnunen, J. (2011). Interrelationship between core interventions and core competencies of forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic Nursing*, 7(1), 32-39. doi: 10.1111/j.1939-3938.2010.01093.x
- Ter Horst, P., Jessen, A., Bogaerts, S., & Spreen, M. (2015). Behandeluur tot eerste toekenning tbs-verlof in een Nederlandse forensische psychiatrische kliniek; dossieronderzoek naar invloed van patientkenmerken en delict. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57(5), 314-322.
- Ter Horst, P., van Ham, M., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2014). Behandelevaaluatie en klinische besluitvorming met HKT-30-ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(4), 228-236.
- The Royal College of Psychiatrists. (2007). *Standards for medium secure units*. Verkregen via <https://slidex.tips/download/standards-for-medium-secure-units>
- Thibaut, F., de la Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J., & WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(4), 604-655.

- To, W. T., Vanheule, S., De Smet, S., & Vandeveld, S. (2015). The treatment perspectives of mentally ill offenders in medium- and high-secure forensic settings in Flanders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *59*(14), 1605-1622. doi: 10.1177/0306624x14566355
- Troquete, N. A., van den Brink, R. H., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (2013a). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: Cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *202*(5), 365-371. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113043
- Troquete, N. A., van den Brink, R. H., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (2013b). Risk assessment and shared care planning in out-patient forensic psychiatry: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *202*(5), 365-371. doi: 10.1192/bjp.bp.112.113043
- Tucker, I. M., Brown, S. D., Kanyeredzi, A., McGrath, L., & Reavey, P. (2019). Living 'in between' outside and inside: The forensic psychiatric unit as an impermanent assemblage. *Health & Place*, *55*, 29-36. doi: 10.1016/j.healthplace.2018.10.009
- Tully, J., Larkin, F., & Fahy, T. (2015). New technologies in the management of risk and violence in forensic settings. *CNS Spectrums*, *20*(3), 287-294. doi: 10.1017/s1092852915000279
- Turner, D., Gregorio Hertz, P., Sauter, J., Briken, P., & Rettenberger, M. (2018). Pharmacological treatment of sexual offenders in German outpatient treatment centers. *International Clinical Psychopharmacology*, *33*(6), 349-352. doi: 10.1097/yic.0000000000000222
- Turton, P., Demetriou, A., Boland, W., Gillard, S., Kavuma, M., Mezey, G., . . . Wright, C. (2011). One size fits all: Or horses for courses? Recovery-based care in specialist mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *46*(2), 127-136.
- Universitair Forensisch Centrum. (n.d.). Memorandum: De benadering en behandeling van daders van seksueel misbruik. Intern document.
- van den Berg, J. W., Smid, W., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding (herziene uitgave 2012)*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- van den Brink, R. H., Troquete, N. A., Beintema, H., Mulder, T., van Os, T. W., Schoevers, R. A., & Wiersma, D. (2015). Risk assessment by client and case manager for shared decision making in outpatient forensic psychiatry. *BMC Psychiatry*, *15*, 120. doi: 10.1186/s12888-015-0500-3
- van der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, *202*, 142-149. doi: 10.1192/bjp.bp.112.118422
- Van Horebeek, H., de Cuyper, K., Habets, P., Van Eenoo, L., Jeandarme, I., Declercq, A., & Van Audenhoven, C. (2019). *Tussentijds rapport BelRAI GGZ-studies: Resultaten van een participatief traject ter voorbereiding van de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-pilotstudie*. Verkregen via <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/swvg-tussentijds-rapport-ef06-04-2-en-ef06-07-belrai-ggz-samenvatting>
- van Horn, J., Eisenberg, M., & Uzieblo, K. (2016). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *58*(8), 583-592.
- van Marle, H. J. (2012). De stagering met profielen in de forensisch psychiatrische delictanalyse. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *54*(11), 973-978.
- van Vugt, M. (2015). *Assertive Community Treatment (ACT)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vasudev, K., Thakkar, P. B., & Mitcheson, N. (2012). Physical health of patients with severe mental illness: An intervention on medium secure forensic unit. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *25*(4), 363-370. doi: 10.1108/09526861211221527
- Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., Ruiters, C., & Brink, J. (2011a). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: A preliminary investigation. *Behavioral Sciences & the Law*, *29*(5), 752-770. doi: 10.1002/bsl.1001
- Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., Ruiters, C., & Brink, J. (2011b). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: A preliminary investigation. *Behavioral Sciences & the Law*, *29*(5), 752-770. doi: 10.1002/bsl.1001
- Vincze, M., Fredriksson, L., & Wiklund Gustin, L. (2015). To do good might hurt bad: Exploring nurses' understanding and approach to suffering in forensic psychiatric settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, *24*(2), 149-157. doi: 10.1111/inm.12116
- Visser, R. C., MacInnes, D., Parrott, J., & Houben, F. (2019). Growing older in secure mental health care: The user experience. *Journal of Mental Health*, 1-7. doi: 10.1080/09638237.2019.1630722

- Vojt, G., Slessor, M., Marshall, L., & Thomson, L. (2011). The clinical reality of implementing formal risk assessment and management measures within high secure forensic care. *Medicine, Science, and the Law*, 51(4), 220-227. doi: 10.1258/msl.2011.010149
- Vojt, G., Thomson, L., & Marshall, L. (2013). The predictive validity of the HCR-20 following clinical implementation: Does it work in practice? *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(3), 371-385. doi: 10.1080/14789949.2013.800894
- Völlm, B. A., Clarke, M., Herrando, V. T., Seppanen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, 58-73. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.12.007
- Völlm, B. A., Edworthy, R., Huband, N., Talbot, E., Majid, S., Holley, J., . . . Duggan, C. (2018). Characteristics and pathways of long-stay patients in high and medium secure settings in England; A secondary publication from a large mixed-methods study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 140. doi: 10.3389/fpsy.2018.00140
- Völlm, B., Craissati, J., Grubin, D., & Skett, S. (2019). Learning from research: Adapting interventions for sexual offending to improve outcomes. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29(4), 227-238. doi: 10.1002/cbm.2122
- Völlm, B., Edworthy, R., Holley, J., Talbot, E., Majid, S., Duggan, C., . . . McDonald, R. (2017). A mixed-methods study exploring the characteristics and needs of long-stay patients in high and medium secure settings in England: Implications for service organisation. *Health Services and Delivery Research*, 5(11). doi: 10.3310/hsdr05110
- Völlm, B., Panesar, K., & Carley, K. (2014). Promoting work-related activities in a high secure setting: Exploration of staff and patients' views. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 25(1), 26-43. doi: 10.1080/14789949.2013.875583
- Vorstenbosch, E., Bulten, E., Bouman, Y., & Braun, P. C. (2010). Kwaliteit van leven binnen de langdurige forensische psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 11, 869-883.
- Vrinten, M., Keulen-de Vos, M., Schel, S., & Bulten, E. (2015). *De delict analyse in de forensische zorg*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- Walker, H., Langton, D., & Thomson, L. (2011). 'New to Forensic'; Implementing a problem-based introductory educational programme for forensic practitioners in Scotland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 934-942. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01778.x
- Walker, T., Edge, D., Shaw, J., Wilson, H., McNair, L., Mitchell, H., . . . Abel, K. (2017). Contemporary women's secure psychiatric services in the United Kingdom: A qualitative analysis of staff views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(9-10), 660-670. doi: 10.1111/jpm.12416
- Warburton, K. (2014). The new mission of forensic mental health systems: Managing violence as a medical syndrome in an environment that balances treatment and safety. *CNS Spectrums*, 19(5), 368-373. doi: 10.1017/s109285291400025x
- Warburton, K. D. (2015). A new standard of care for forensic mental health treatment: Prioritizing forensic intervention. *CNS Spectrums*, 20(3), 172-176. doi: 10.1017/s1092852915000140
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology Crime & Law*, 10, 243-257. doi: 10.1080/10683160410001662744
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2003). The Multifactor Offender Readiness Model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673. doi: 10.1016/j.avb.2003.08.001
- Wiglesworth, S., & Farnworth, L. (2016). An exploration of the use of a sensory room in a forensic mental health setting: Staff and patient perspectives. *Occupational Therapy International*, 23(3), 255-264. doi: 10.1002/oti.1428
- Wilkie, T., Penney, S., Fernane, S., & Simpson, A. (2014). Characteristics and motivations of absconders from forensic mental health services: A case-control study. *BMC Psychiatry*, 14(1). doi: 10.1186/1471-244X-14-91
- Wilson, C. M., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Charette, Y., & Seto, M. C. (2015). The use of risk and need factors in forensic mental health decision-making and the role of gender and index offense severity. *Behavioral Sciences & the Law*, 33(1), 19-38. doi: 10.1002/bsl.2162
- Wilson, C. M., Desmarais, S. L., Nicholls, T. L., Hart, S. D., & Brink, J. (2013). Predictive validity of dynamic factors: Assessing violence risk in forensic psychiatric inpatients. *Law and Human Behavior*, 37(6), 377-388. doi: 10.1037/lhb0000025
- Woicik, K., van der Lem, R., Sijtsema, J. J., & Bogaerts, S. (2017). Treatment no-show in forensic outpatients with ADHD. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(1), 76-88. doi: 10.1002/cbm.1989

- Wolf, A., Whiting, D., & Fazel, S. (2017). Violence prevention in psychiatry: An umbrella review of interventions in general and forensic psychiatry. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(5), 659-673. doi: 10.1080/14789949.2017.1284886
- Yadav, B. L., & Fealy, G. M. (2012). Irish psychiatric nurses' self-reported barriers, facilitators and skills for developing evidence-based practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 116-122. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01763.x
- Yang, M., Wong, S., & Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological bulletin*, 136, 740-767. doi: 10.1037/a0020473
- Zhong, S., Guo, H., Wang, Y., Cook, S., Chen, Y., Luo, C., . . . Chen, R. (2019). The experience of long-stay patients in a forensic psychiatric hospital in China: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 617. doi: 10.1186/s12913-019-4458-6

Bijlagen

Bijlage 1. Rapportageformat delictanalyse (Bron: Vrinten et al., 2015)

Naam patiënt :
Geboortedatum patiënt :
Datum van opname :
Periode afname delictanalyse : ...-...-... tot ...-...-...
Delictanalist :
Datum besproken met patiënt: :
Naam hoofdbehandelaar: :

1. Beschrijving verloop proces

Beschrijf de wijze waarop de delictanalyse is afgenomen: op basis van enkel het dossier, enkel op basis van gesprekken of beide? Indien de delictanalyse is opgesteld in samenwerking met de patiënt: geef een reflectie op het doorgemaakte proces, waarin duidelijk wordt in welke mate de patiënt heeft meegewerkt aan de delictanalyse en wat opvallend was in het contact. Denk bijvoorbeeld aan contactgroei of stagnatie. Ook wordt het totaal benodigde sessies beschreven alsmede de mate van motivatie. Afwijkingen van de richtlijn en de redenen hiervoor worden toegelicht.

2. Vonnis en veroordeling

Voeg de feitelijke beschrijving van de tenlastelegging en van de gronden voor veroordeling in. In het geval dat een vonnis ontbreekt, wordt hier de reden van aanmelding beschreven.

3. Korte beschrijving levensgeschiedenis

Geef een beknopte en duidelijke beschrijving van de levensgeschiedenis van de betrokkene. Denk hierbij aan de gezinssituatie, de persoonlijkheidsontwikkeling, middelengebruik, (antisociale) sociale contacten en de delictgeschiedenis. Er is specifiek aandacht voor gebeurtenissen in de geschiedenis waardoor betrokkene 'kwetsbaar' is voor delictgedrag.

4. Delictscenario

Geef een korte beschrijving van het delict als ware het een scenario (maximaal 700 woorden). De gedachten, gevoelens en gedragingen van betrokkene worden opgenomen in het scenario. Waar verschillen bestaan tussen het dossier en de visie van betrokkene wordt dit duidelijk beschreven. Indien er geen overeenstemming is tussen betrokkene en het scenario dat volgt uit het dossier, worden beide visies los van elkaar gerapporteerd.

Het delictscenario bestaat uit (minimaal) de volgende onderdelen:

- Aanleiding
- Gebeurtenis (mogelijke triggers)
- Gedachten
- Gevoelens
- Gedrag (delictverloop)
- Gevolgen

5. Functie- en betekenisanalyses

A) Vul onderstaande kolommen in:

Context / uitlokkende factor	Probleem-Gedrag(ingen)	Positieve consequentie(s)	Negatieve consequentie(s)

* let op: het verminderen van een negatieve consequentie en het uitblijven van een negatieve consequentie (bijvoorbeeld door vermijding) kunnen ook positieve consequenties zijn.

En/of:

Context	Dit doet betr. denken aan	Probleem-Gedrag(ingen)

B) Visualiseer de samenhang tussen de factoren (de functie- en/of betekenisanalyses). Voor een voorbeeld van een mogelijke visualisatie, zie figuur 5 in de richtlijn. Geef tevens iedere functie- en betekenisanalyse in woorden weer. Onderlinge verbanden worden **niet** beschreven; dit wordt in de delicttheorie uitgelicht.

6. Beschrijving en functie- en betekenisanalyses overige delicten

A) Geef een korte beschrijving van de overige gepleegde delicten.

B) Visualiseer de functie- en betekenisanalyses van de overige gepleegde delicten. Geef tevens iedere functie- en betekenisanalyse in woorden weer. Onderlinge verbanden worden **niet** beschreven; dit wordt in de delicttheorie uitgelicht.

7. Delicttheorie

Stel een delicttheorie op. De delicttheorie is een dynamische theorie waarbinnen het ontstaan van het delict wordt verklaard. De delicttheorie wordt geformuleerd op basis van het gehele delictgedrag en de daarmee samenhangende problematische gedragingen (die eveneens door middel van de functie- en betekenisanalyse in beeld gebracht zijn). Het kan gezien worden als een samenvatting van alle functie- en/of betekenisanalyses met daarbij inbegrepen de overige informatie vergaard uit de andere fases. In de delicttheorie wordt een duidelijk onderscheid gemaakt tussen biologische, psychologische en sociale factoren.

8. Relevante factoren voor behandeling

Identificeer vanuit de delicttheorie de relevante factoren en thema's voor behandeling. Beschrijf zowel risicofactoren als beschermende factoren, waarbij onderscheid gemaakt kan worden tussen de statische en dynamische factoren.

9. Rapportage betrokkene

In de rapportage voor de betrokkene wordt een samenvatting van het gehele rapport beschreven. Hierin worden de belangrijkste bevindingen uit de delictanalyse opgenomen. Bij voorkeur wordt dit visueel ondersteund (bijvoorbeeld met onderstaand schema; ontleend aan de Forensische Zorgspecialisten – De Waag⁵). Het gebruik van jargon wordt vermeden; het taalgebruik sluit zoveel mogelijk aan bij de betrokkene.

Probleemgedrag:	
Welke omstandigheden maken het verleidelijk om het probleemgedrag te vertonen:	Welke functie heeft dit gedrag? Wat levert het gedrag op?
1.	1.
2.	2.
3.	3.
Welke situaties houden het gedrag in stand of versterken het? Welke omstandigheden maken dat de verleiding gemakkelijker gaat?	
1.	
2.	
Welke situaties/mensen zorgen ervoor dat het gedrag minder wordt?	Welke situaties / mensen hebben ervoor gezorgd dat de verleiding beter te weerstaan is?
1.	1.
2.	2.
Belangrijke thema's/factoren voor behandeling en risicomanagement	
1.	
2.	
3.	
4.	

⁵Hoogsteder, L., Bos, T., Kunstman, J. & Determan, A. (2014). *Introductie module. Ambulant Zorgprogramma Vermogen*. Utrecht, Nederland: De Forensische Zorgspecialisten – De Waag.

10. Visie betrokkene op delictanalyse

De betrokkene wordt tijdens de terugkoppeling actief gevraagd naar zijn mening over het rapport en het doorgemaakte proces. Zijn visie wordt hier beschreven. Geef eveneens een weergave van het verloop van het terugkoppelingsgesprek. Benoem duidelijk waar wel/geen overeenstemming over is.

11. Bronnen

Vermelding van de gebruikte bronnen voor de samenstelling van het rapport (bijvoorbeeld de Pro Justitia Rapportage, psychologisch onderzoek, PCL-R, HCR-20 V3, HKT-R etc.)



Environmental Design Guide

Adult Medium Secure Services

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Environmental Design Guide

Adult Medium Secure Services

First published: 2011

Updated: (only if this is applicable)

Prepared by

Secure Services Policy Team

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

DH INFORMATION READER BOX

Policy	Estates
HR / Workforce	Commissioning
Management	IM & T
Planning /	Finance
Clinical	Social Care / Partnership Working
Document Purpose	Best Practice Guidance
Gateway Reference	15894
Title	Environmental Design Guide Medium Secure Services
Author	Secure Services Policy Team
Publication Date	06 Apr 2011
Target Audience	PCT CEs, NHS Trust CEs, SHA CEs, Care Trust CEs, Foundation Trust CEs, Medical Directors, Directors of PH, Directors of Nursing, Directors of Finance, Royal College of Psychiatrists, Royal College of Nursing
Circulation List	
Description	The guidance describes overarching principles for the design of adult medium secure inpatient services in addition to setting out the security requirements for these services.
Cross Ref	DH Best practice guidance specification for adult medium secure services 2007
Superseded Docs	1993 Hospital Building Note
Action Required	N/A
Timing	
Contact Details	Secure Services Policy Team Mental Health Care Pathways Branch Wellington House 133-135 Waterloo Road SE1 8UG 0207 972 3925 www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/Secureservices.index.htm
For Recipient's Use	

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Contents

Introduction	7
Introduction to security	9
Physical security	9
Procedural security	9
Principles of planning and design.....	11
Environmental purpose.....	11
Quality of life.....	12
Engaging with stakeholders and identifying their needs.....	12
Clinical and operational involvement.....	13
Patient involvement.....	13
Community involvement.....	13
Value for money.....	13
Safety.....	14
Shared learning with other services.....	14
The prevention of injury to staff and others.....	15
Infection control.....	15
Building materials and fittings.....	15
Principles for room design.....	16
Main entrance and lobby.....	16
Patient bedroom.....	18
Bathrooms and toilets.....	19
Communal patient bathroom.....	20
Communal patient toilet.....	20
De-escalation area.....	20
Seclusion suite.....	21
Visiting suites.....	22
Ward base.....	22
Administration facilities.....	23
Ward kitchen and servery.....	23
Circulation routes.....	24
External areas and landscaping.....	24
Principles for maintaining service integrity.....	26
The secure external perimeter.....	26
Perimeter clear zone.....	28
Ward service entry.....	28
Doors.....	29
Locks and keys.....	29
Internal walls.....	30
Floors and floor surfacing.....	30
Skirting.....	31
Ceilings.....	31
Secure ducts and concealment of services.....	31
Windows.....	31
Blinds and curtains.....	32
Fixings.....	32
Annex A: Stakeholder needs.....	33
Annex B: Testing Levels.....	36

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Results.....	36
Testing schedule for main components and elements.....	37
Annex C: CCTV.....	40

Executive summary

This guidance builds upon previously published medium secure and mental health environmental guidance (*Design Guide 1993, Not Just Bricks and Mortar 1998*), drawing on the views and comments of clinicians, commissioners and patients.

The primary purpose of this guidance is to inform commissioners and providers of medium secure services who are considering new developments and the extension or refurbishment of existing facilities. It is not intended that this guidance be implemented retrospectively. Its purpose is also to help commissioners assess the suitability of medium secure services in meeting the needs of patients.

The medium secure environmental design guide sets out the following:

- Planning principles that should underpin design and technical detail
- Principles for room design
- Principles for maintaining service integrity
- Testing schedule for building materials
- Information about the installation and use of CCTV

This guide should be used in conjunction with the *Best Practice Guidance: Specifications for Adult Medium Secure Services* published in 2007 by the Department of Health, and with other applicable guidance and legislation connected to building regulations and the provision of health services, health and safety issues, and technical health memoranda.

Introduction

Medium secure health settings provide a safe clinical and therapeutic environment for patients who may present a serious danger to others and to themselves but do not need the physical security arrangements of a high security hospital.

The purpose of medium secure services is to provide effective care and treatment so reducing risk, promoting recovery and supporting patients to move through a care pathway to lower levels of security or to re-establishing themselves successfully in the community.

The intention of the guide is to be permissive but this cannot compromise the complex three-way balance that is required in all secure services. This balance is between maintaining the safety and security of patients and staff, providing an effective, beneficial therapeutic environment, and protecting the public. The design and construction of buildings have a key part to play in this equation.

There are currently around 65 NHS and independent sector services providing medium secure services in England, all varying in location, size and design. Patient needs vary and may depend on a number of factors such as diagnosis, gender, age and length of stay. Services should aim to meet individual needs and those of specific groups of patients, taking into account the experiences of current and former service users, carers, staff and other partners to consider how recovery and reduction of risk can be achieved.

Buildings can be used to facilitate the treatment model and care pathway, and to promote community engagement and recovery. Maintaining a high standard in building materials and continually improving the design of the environment will help to improve outcomes for patients. The building should also help to ensure the safety of patients, staff and the public, and provide comfortable, secure surroundings for patients many of whom are detained under the Mental Health Act for the duration of their treatment.

Security measures and therapeutic issues are closely linked; neither should be dealt with in isolation. Security provides a positive and supportive framework within which clinical care and therapy are safely delivered. Maintaining an appropriate approach to and level of security is the responsibility of all staff in the service. Good security and effective therapy should be seen as integrated concepts rather than opposite ends of a spectrum.

Medium secure services provide treatment to a range of detained patients including those transferred from prison under the Mental Health Act. Medium secure services provide a distinct and separate environment from prisons. This guide recognises these differences, and within this context, physical security must be provided within the building and site layout design in a sensitive and balanced way.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

This guidance seeks to ensure that the approach to security and patients' requirements for privacy and dignity are considered within the guiding principles of the Human Rights Act and the Mental Health Act Code of Conduct and that they are lawful, legitimate and proportionate.

Introduction to security

Providing a safe and secure environment for patients, staff and visitors is integral to the provision of clinical care. Whilst the physical security measures in medium secure units are not of the same order as high secure services, the measures taken support the overall approach to security are similar.

The three domains of security are interdependent

- Physical: the internal and external perimeters, security mechanisms and technologies (e.g. manual/electronic lock systems, CCTV) and other physical barriers (e.g. airlocks) that exist in the unit and the service as a whole.
- Procedural: the timely, correct and consistent application of effective operational procedures and policies
- Relational: the understanding and use of knowledge about individual patients, the environment and population dynamic

It is essential that the three domains are developed, used and managed jointly, can withstand physical or behavioural challenge and used to inform decisions about individual/population care. The balance in emphasis between each domain will change given the operational needs of the unit as a whole, or the needs of a particular patient and/or group of patients, and the setting in which the service is provided.

Physical security

The physical integrity of the secure environment is dependent on the appropriate provision and maintenance of buildings, equipment and technology as well as the clear delineation of internal and external perimeters. Physical security requirements are based on the need to impede breaches of the secure perimeters by patients, prevent self-harm and protect staff and members of the public.

Procedural security

Procedural security relates to the effective application by staff of robust operational policies and procedures governing but not limited to the safety of patients, visitors and staff; risk, adverse incidents and operational management.

Establishing a comprehensive range of effective procedures across the service anchors the application of therapeutic activity to structure and routine. This ensures that staff are able to establish and maintain clear boundaries across the service.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

The routine and appropriate application of procedures enables safe practices to be applied consistently and embedded into practice. Staff should receive training so they understand the context and purpose of these procedures and can adopt and apply them effectively.

Relational security

Relational security underpins the safety and integrity of the service, its patients, staff and visitors. The effectiveness of relational security is dependent on the entire staff team working cohesively – regardless of whether an individual has direct patient contact – and applies to all services regardless of the level of security they provide. Relational security is defined as

‘the knowledge and understanding staff have of a patient and of the environment, and of the translation of that information into appropriate responses and care’

A breakdown in relational security will compromise the effectiveness of the services’ procedural and physical security measures. It is rare that that a breakdown in relational security is not highlighted as a contributory factor when investigating serious incidents. Importantly the effect of a breakdown in relational security has on patients must be considered; patients may for example, lose confidence in the staff team so erode trust in the care and treatment they provide.

Extensive guidance and advice on relational security is provided in the Department of Health 2010 publication *See, Think Act*. The guidance can be accessed using the following link

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_113318

Principles of planning and design

Planning a medium secure environment should centre on developing a service where staff and patient live, recover from illness and work; it is not just about a building.

The impact secure buildings can have on the public and the patients' perception of services should be recognised as part of the design process. Whilst physical security is important, the location, design, layout and building materials will play an important role in:

- maintaining the integrity of the service
- reducing risk
- providing a safe, therapeutic environment
- integration into the community

Building design must comply with the national guidance on the provision of single sex accommodation.

Environmental purpose

The provision of a purposeful, safe and therapeutic environment for patients should be the primary aim of a medium secure mental health service. The operation of the service will be influenced by the design, so care should be taken when thinking about effective lines of sight, and circulation and access routes for patients, staff and visitors.

Service planning should take into account the full therapeutic and social purpose of the service recognising that patients may stay for extended lengths of time. The design should enable a full range of social, clinical and therapeutic spaces to be provided in addition to a range of core areas that staff will need to support the operation of the service.

There should be a range of communal areas, spaces for quiet reflection, rooms for therapy, treatment, education and leisure; designed in a way that provides hope, calms, supports and empowers patients.

Medium secure service designs should be innovative using imaginative design to create interesting spaces. However, this must be balanced with designing uncomplicated, accessible buildings that are fit for purpose as secure health facilities.

Services should be designed to accommodate staff requirements and reflect their particular functions. There should be sufficient and appropriately located space for storage including

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

patient records, equipment, plant and services, and for housekeeping items such as laundry and cleaning supplies. Consideration should be taken of the need to store patients' possessions.

Quality of life

Patients need spaces where they have privacy and are able to reflect quietly in addition to areas where they can engage with staff, meet visitors, socialise with other patients, participate in leisure activities (hairdressing, indoor games, watching TV for example) and develop a sense of community. These areas should be well equipped and designed to feel comfortable and relaxed. Designs that have good acoustics (i.e. help reduce noise and echo), minimise the risk of crowding, and have natural light and ventilation are important in helping to create a positive, therapeutic atmosphere.

Engaging with stakeholders and identifying their needs

The planning of new medium secure services should consider the needs of relevant stakeholders; the level, frequency and type of engagement they require will vary. Although not an exhaustive list stakeholders are likely to include:

- Patients
- Carers, advocates and visitors
- Staff including clinicians and service managers
- Commissioners
- Professional bodies
- Local residents and community groups
- Police and other emergency services
- Local authorities

The identification and engagement with stakeholders should happen at an early stage in the planning process and should inform the development of an overarching communication and engagement strategy for the project. The DH consultation exercise conducted as part of the development of this guidance, identified a number of specific needs of particular groups; see Annex A for more details.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Clinical and operational involvement

There should be consistent clinical and operational input into the project from initiation right through to completion to ensure that the design is operationally realistic, reflects the philosophy of the treatment programme and the needs of the proposed patient group.

It is especially important to consider how different rooms and spaces fit together and contribute to the operational delivery and effectiveness of the service, accessibility and flow of daily life. Planners should not underestimate the time commitment required from key staff and should plan 'business as usual' staffing levels accordingly.

Patient involvement

Patients and their carers should be actively encouraged to participate in and contribute to the project from the outset and throughout the development process. This is particularly important for patients who may be transferring into the new development from existing services; they will have important contributions to make to the philosophy of the service, its design, layout, furnishings and colour schemes.

Community involvement

It is important that local residents and community groups understand the nature of the medium secure service, and its treatment and care philosophy. Active engagement with the local community from the very early stages of planning is vital so any concerns or questions about risk, design and privacy are responded to appropriately and in a timely way. This is particularly important when planning a service in a new geographical location.

It is important that communities and other interested stakeholders (for example the police) understand how authorised leave is used within the care pathway and how services will provide ongoing support to patients following their discharge. Services should consider an ongoing strategy for community engagement beyond the completion of the project that keeps channels of communication open and maximises understanding and co-operation.

Value for money

The physical security and staffing arrangements, the average duration of treatment and the multidisciplinary participation in care means that whilst medium secure services are relatively low volume, they are also high cost. Significant attention should be given to life cycle costing, and the fit with the longer term commissioning and service planning strategy.

A degree of 'future-proofing' should be built into development plans to ensure services can meet current and anticipated future need. This may include consideration of whether the

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

location, site layout and design are flexible enough to allow for future expansion through modification or extension.

Safety

Creating a safe environment for patients, visitors and staff is essential to building and maintaining a positive experience of care. It is important to recognise that whilst physical security measures have a part to play in supporting the delivery of a safe service; this is only part of the picture. The environment has a key role in encouraging patients to participate in life on the ward and actively engage with staff and in treatment. Importantly, environment also has a part to play in minimising risk and maintaining motivated, confident staff.

Shared learning with other services

Planners and designers should endeavour to learn from the experiences of other services and support system-wide improvement in the effectiveness of hospital design, construction and operational delivery of medium secure services.

The learning from serious untoward incidents and near misses may be valuable when considering estates design, layout and detailing. Listening to patients who may have experienced care and treatment in other services may also prove useful.

The prevention of self-harm and suicide

Spaces where patients may not be continually supervised or observed by staff (for example bedrooms and toilets) should be considered high-risk areas and designed, constructed and furnished to minimise the opportunity for self-harm. Lines of sight and access for staff responding to high-risk incidents and emergencies should be carefully considered when planning design, layout and furnishing.

All fixtures and fittings in the service such as window and door furniture, door closers and hinges, taps, showerheads, and coat hooks should be anti-ligature and meet national safety requirements.

Spaces and rooms that are continually observed by staff (for example communal areas or circulation spaces) should be designed and furnished to maximise light, be bright, comfortable and well equipped but minimise risk.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

The prevention of injury to staff and others

The environment should be designed to allow thorough visual checks to be made in the shortest possible time. Opportunities to create weapons and/or conceal contraband should be eliminated as far as possible.

Rooms, doors and communal spaces should be designed to minimise the opportunity for patients to self-barricade and should allow staff to gain access in case of emergency. All rooms should be designed and furnished to minimise the possibility of patients, staff or visitors becoming isolated, hidden or barricaded in.

Infection control

A robust approach to infection control is required; this should be reflected in the service layout, design and fitting. Mental health services have a range of risks and needs associated with them that differ from other healthcare settings and it will be important for nursing, estates and facilities management to be involved in agreeing appropriate measures. The fitting of carpet, for example, whilst less appropriate for other healthcare settings, may be more appropriate in medium secure services in creating a more relaxed, comfortable environment and reducing noise.

Building materials and fittings

Materials used throughout the service and particularly in areas used by patients should be robust and resistant to sustained or immediate attack. Design elements should be carefully selected and installed with appropriate fixings that can withstand damage and cannot be removed easily.

All areas or rooms used by patients should be designed to minimise the chance of prohibited items and weapons being concealed or stored. Design, layout and fittings should facilitate easy checking and searching by sight or touch.

See Annex B for information on testing criteria for fixtures, fittings and building materials.

Principles for room design

Planners should take into account the need to provide rooms and other spaces with therapeutic benefit for patients that will contribute to the daily life of the service and the welfare of visitors. These should include:

- education rooms
- library
- multi-faith rooms
- visiting rooms
- multi-gym and sports facilities
- primary health care facilities
- self catering/cooking
- shop /café

These spaces should be provided within the secure external perimeter and accessible to patients regardless of any additional restrictions that are imposed under the Mental Health Act.

Consideration should be made of other areas needed to support operational delivery and welfare of staff away from the ward area such as:

- spaces for confidential working
- spaces for staff learning and development
- dining and rest areas
- changing rooms and locker facilities
- storage spaces
- facilities for plant and equipment

This section of the guide deals with the main rooms and areas in the service where specific detail is required because of their particular function.

Main entrance and lobby

There should be a single main entrance to and exit from the building with an airlock operated by central control room that co-ordinates the entry and exit of all staff, patients and visitors. In cases where the service has a separate dedicated entrance for staff, this should have an airlock that is centrally controlled and monitored.

There should be a secure centrally controlled and monitored airlock for vehicles requiring access to deliver goods and services to the site. Planners will need to consider how vehicles transporting patients being admitted to the service are able to access the site appropriately.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

The entrance environment for patients, visitors and staff should be welcoming, appropriate to a healthcare setting and should operate efficiently.

- The lobby area inside the main entrance should only be used for visitors and should have comfortable seating, natural light and an interior that provides a positive first impression. The service may wish to provide an additional dedicated and comfortable welcoming area for visitors.
- Patient areas should not be visible from the visitors lobby.
- There should be lockers in the lobby area so that visitors can store items that are not permitted on the unit during their visit.
- Beyond the main lobby, entry to the secure service should be through a centrally controlled airlock with two sets of controlled interlocking doors. This means one set of doors will open and close before the second set opens.
- Airlocks should not give direct access to areas accessible to patients. Ideally, there should be a further set of doors controlling access from the patient side to the airlock
- There should be a failsafe mechanism to ensure that in the event of a power failure the operation of magnetic or electronic airlocks, door locks or controls are not compromised
- The default position for the airlock in the event of operational failure is closed and locked
- Where staff entry is controlled by an automated entry system, (for example a biometric system) this should be connected to, monitored by and capable of being overridden by the control room.

Control room

- The control room should have a dedicated entrance on the secure service side of the airlock; it should not be possible to enter the control room from the main entrance lobby or from the airlock itself.
- The control room should have clear sight of the main entrance, lobby and airlocks. It should also have an effective (audible) communication system with each of these areas to enable visitors and staff to complete security processes effectively.
- The control room should be on a separate locking suite that prevents unauthorised access by staff, patients or visitors.
- There should be a search area beyond the airlock before entry to patient areas that can be used, if necessary, to search staff, visitors or patients. This should be supported by either portal or handheld scanning equipment.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

- The merits of CCTV coverage for the main entrance, lobby, additional visitor waiting rooms, search area and the control room should be considered (see Annex D).

Patient bedroom

Bedrooms should be en-suite, allow patients a measure of privacy, be designed to maximise the use of space and be bright with natural light.

- The bedroom should be a minimum of 15 sq m including the en-suite facility. Assisted bedrooms should be between 17 and 19 sq m.
- Planners should take account of the need to maintain patient privacy whilst allowing for appropriate staff observation. Bedroom doors should incorporate an observation panel fitted with an integrated louvre blind. The blind should be operated by the patient from inside the room, with a staff override facility located outside.
- Each bedroom and en-suite should have a staff call facility, ideally this should be a wireless system
- The layout of the bedroom and en-suite, furniture design, fixtures and fittings should not allow patients to conceal themselves in the room.
- Each room should have tamper-proof mechanical and electrical services fittings. The lighting, water and electrical override controls should be located outside the bedroom.
- Bedrooms should be arranged so wherever possible they share common services such as water and electricity.
- All pipe work and services should be located in a secure duct adjacent to the room and should only be accessible from the circulation area or a non- patient area.
- The bedroom design should enable patients to watch television, store personal belongings and clothes, play music and access information about the service.
- Planners may consider incorporating a controlled distributed media system across the service
- The bedroom should have a patient operated lock that staff can over-ride from the outside.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Bathrooms and toilets

Bathrooms and toilets are high-risk areas, their design and layout, fixtures fittings should be such that it would be extremely difficult for a patient to commit suicide or to harm themselves or others. The following principles should apply:

- To eliminate potential ligature points, taps, showers, bath and toilet flush should be activated using wave on – wave off technology, push button or electronic sensor with timer control.
- All ductwork, plumbing and pipe-work should be concealed
- Traps and wastes must be made readily accessible to assist in the retrieval of patient effects
- The water and electrical supplies to the bathroom and toilets (communal and en-suite) throughout the service should be able to be isolated by staff from outside the room
- Floors should be slip resistant and edge-to-edge; there should be seamless finishes around walls and splashback areas
- Removable support bars should be available for patients who may require additional assistance but kept in a store and fixed only when needed.
- Toilet pans should be rimless with an integrated seat to avoid creating hiding places for prohibited items or contraband.
- Mirrors should never give a distorted image of the patient and should
 - be non-breakable
 - be polycarbonate
 - have polished edges and securely contained within a resin-based frame
 - be finished with anti-pick mastic to prevent items being concealed behind the mirror.
- Where shelves or soap dishes are not part of an integrated unit, they should be
 - non-breakable
 - formed from a composite resin and powder-based material
 - securely fixed and sealed around the edges with anti-pick mastic

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Communal patient bathroom

Each ward should have a fully wheelchair accessible bathroom for patient use with or without staff support.

- The assisted bathroom should be a minimum of 16 sq m and suitably located within easy access of the bedrooms.
- The room should be fitted with a bath, shower and wash hand basin; all fittings should be anti-ligature.
- The door should be fitted with a security lock and indicator bolt that is operated internally but can be overridden by staff from the outside.

Communal patient toilet

Each ward should provide an appropriate number of toilets for patients using communal and patient activity areas.

- The fixtures and fittings should be anti-ligature with flushes and water supplies operated with wave-on-wave-off, push button or electronic sensor.
- The door should be fitted with a security lock and indicator bolt that is operated internally but can be overridden by staff from the outside.

De-escalation area

The de-escalation room or area can provide a quiet, low stimulus space for patients experiencing high levels of arousal who may not require a period of seclusion. It can also be used as part of the therapeutic process when patients are moving out of seclusion and back into the main ward area.

The de-escalation space should be planned as a single purpose area; it may be close or connected to the seclusion suite. Planners should consider how staff will use the space during the therapeutic process and although a low-stimulus space, thought should be given to providing centrally controlled music. Spaces used for de-escalation should be:

- Minimally furnished with either robust furniture that cannot be lifted and thrown, or lightweight furniture (for example foam) that would not cause injury or damage if thrown
- Soothing in decor with muted and restful colours
- Quiet, without a telephone or television

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Seclusion suite

The need for seclusion suites in medium secure services should be considered at an early stage. The purpose of seclusion is to manage a highly disturbed or high-risk patient away from the main patient area in a room that may be locked.

The seclusion suite is a single-function space; it should be en-suite and specifically designed to be low stimulus and to ensure the safety and physical wellbeing of the patient. All fixtures, furniture and fittings should substantially limit the risk and ability of patients to harm themselves or others.

The design and location should protect patients' privacy and dignity and minimise interaction between secluded and non-secluded patients. In addition:

- A clock should be visible to a patient in seclusion.
- Seclusion facilities should be located away from other patients' rooms. Locating seclusion facilities at points where wards meet will enable rooms to be available for either ward.
- Wherever possible seclusion facilities should be arranged so that they share common services with ward areas.
- All pipe work and services should be located in a secure duct adjacent to the room and should only be accessible from the non-patient area.
- The seclusion suite should be located away from main thoroughfares and in an area that is not visible by other patients.
- Staff should be able to observe the entire suite. Consideration should be made of how staff will use the approach to and space within and around the suite to manage, observe and support patients.
- The area staff use in the seclusion suite during the time they are supporting and observing patients should not be used as office space.
- Each seclusion suite should have tamper-proof mechanical and electrical services fittings. The lighting, water and electrical override controls should be external to the suite.
- The suite must provide adequate ventilation, heating, cooling and water; these should be controlled by staff from outside the suite. The window should not open and should have an integral blind controlled from outside the room by staff.
- The patient seclusion bedroom should be a minimum of 15 sq m including the en-suite facility. Any door between the bedroom and en-suite should be fitted with a fully encased lock-back facility.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Visiting suites

Visiting suites should be furnished comfortably, and be bright and welcoming. The suite should have two doors to allow separate entry/exit for patients with appropriate measures in place to support appropriate observation.

A dedicated suite for visiting children should be located inside the secure perimeter as close to the main entrance/reception as possible to ensure the experience of the visiting child is as positive as possible. Ideally, there should be access to secure outside space for play that is not overlooked by patients. The suite should have:

- natural daylight and views to the outside
- a toilet
- baby-changing facilities (separate from the toilet)
- comfortable seating with space for play
- a range of age-appropriate toys
- facilities for infant feeding and for making drinks for children.

Treatment and dispensary rooms

These rooms should be used for dispensing and the physical examination and treatment of patients either routinely or in an emergency. They may also be used for administering medication.

- The operation, design and fitting of the dispensary should be compliant with current guidance in relation to the control and administration of drugs
- The position of the dispensary and treatment rooms should aim to protect the privacy and dignity of patients whilst fulfilling the need for operational effectiveness on the ward
- The dispensary should be located adjacent to the treatment room with a connecting door
- The entrance to both rooms should be easily observable by ward staff.

Ward base

The activities of patients and staff should be coordinated from a central point on the ward. This should have good lines of sight to the main patient areas including the outdoor ward space and the ward entrance.

The ward base should not necessarily function as the ward office, alternatives that are more inclusive should be considered depending on the ward purpose or service philosophy, and the risk profile of the patient population.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

The ward base could be a clearly defined but open plan space that encourages greater engagement of and accessibility to staff. Where an open plan solution is in use, separate areas for confidential working and storage will be important.

Administration facilities

This area should be designed as a confidential work and storage space for staff and should be away from but provide easy access to patient areas.

Any monitors or controls for local (for example ward) CCTV cameras should be located in the administration room and out of sight of patients.

Consideration should be given to the provision of secure facilities for the appropriate storage of medical and other patient records.

Ward kitchen and servery

The size, layout, design and equipping of a kitchen will depend on its purpose (service-wide, ward specific or for patient use) and location. A ward servery should be located adjacent to the dining area but with ease of access from the ward entrance for deliveries.

- The kitchen and servery are high-risk areas and should be designed so that they can be easily observed, supervised and managed by staff.
- Boilers, other heating devices, food preparation and waste disposal equipment should be able to be isolated, locked away, or rendered inoperable by ward staff when required.
- All cupboards and drawers in non-patient kitchens should be lockable with keys controlled by staff.
- Servery hatches should be secured shut when not in use.
- Planners should consider the provision of appropriate facilities and equipment for patients to make hot and cold beverages.

Tribunal suite

The tribunal suite should be located inside the secure perimeter. It should

- accommodate up to 20 people seated at a table
- provide separate space for Mental Health Act Administrators
- be located near to or provide within it appropriate space for patients to meet privately with their representatives

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Circulation routes

When planning circulation routes, care should be taken to ensure that the design facilitates operational delivery of the service. Changes in floor coverings can be useful in delineating areas within the service and within the ward, they also have a role in helping to create flow without compromising space.

- Spaces in which patients are likely to be escorted or restrained should be of adequate width and height and have minimal physical obstructions.
- Corridors should provide good lines of sight and maximize the use of natural light, and have adequate ventilation and heating. Long corridors without natural lighting should be avoided.

External areas and landscaping

Access to external space plays an important part in the care pathway. Patients need external spaces where they can relax, exercise and socialise; this will have a significant role in their recovery.

Each ward in the service should have level access from the lounge or communal area to a dedicated secure external garden designed to facilitate appropriate observation. This garden should be of sufficient size to allow all patients to use it at one time and should not be used as a smoking area. Planners should take account of the service providers smoking policy when considering the provision of facilities for patients who smoke.

When designing and constructing the garden the following should be taken into account:

- Building design rather than anti-climb devices should prevent unauthorised access to roof areas from the secure garden.
- Doors, garden furniture and equipment, light fittings, posts, and CCTV fixings must be secure and not provide a climbing aid.
- Materials used for hard landscaping should not be easily misused or removed
- Lighting cover for external areas within the secure perimeter should be sufficient to see any movement.
- All permanent garden furniture and fittings should be robust and secured to avoid being used as a climbing aid or weapon.
- Where planters are used, they should be either secured or of sufficient size and weight that they cannot be moved easily.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Planting

Park-like spaces with open grassy areas, scented flowers, textured plants and shrubs can alleviate stress and help to create a positive environment for patients and visitors to the service.

Planting should be imaginative, encourage use of the space and reflect the movement of seasons. Care is required when selecting planting schemes; poisonous plants and those with spikes or thorns should be avoided.

Plants that could be used as a climbing aid, for fermenting or as a weapon (including blowpipes) should not be used. Careful consideration should be given to all proposed planting to ensure that it will not compromise the visibility of the perimeter or CCTV coverage (where used) as it grows.

- There should be a clear space adjacent to the secure perimeter, trees and shrubs should not obscure or overhang the perimeter fence or wall, provide a climbing aid or places for concealment.
- To avoid the possibility of contaminants particularly glass and metals, British Standard screened topsoil should be used.

Principles for maintaining service integrity

This section sets out specific components and requirements aimed at reducing risk and maintaining service integrity. The overall purpose is to ensure the safety and security of patients, visitors and staff in medium secure services as well as the public.

The areas within the secure perimeter should comprise

- Areas where patients are continually observed or engaged in treatment and therapy for example in clinical and therapy rooms, workshops and communal day areas including the secure garden
- Areas where patients are intermittently observed such as bedrooms and en-suite, communal bathrooms and toilets, visitors facilities
- Staff areas that are directly related to operational service delivery
- The reception and control room

In order to facilitate freedom of movement for patients within the unit, the service should agree an internal perimeter normally defined by the secure doors leading to outside areas.

The secure external perimeter

Medium secure units should have a secure external perimeter. This is achieved in a number of ways:

- secure area formed by buildings
- secure area formed by perimeter buildings connected with perimeter fencing
- perimeter joining reception and surrounding the remainder of the unit
- perimeter surrounding the whole unit.

The following principles apply to external perimeter security:

- Razor or barbed wire or rotating spiked toppings are not acceptable within a healthcare setting.
- Only essential gates or entry points should be allowed in the external perimeter, these should be centrally controlled, monitored and operated.
- Gates should not incorporate any footholds or assist climbing. Locks should be integral to the gates and be on a separate locking suite. Access through the gates should be controlled and monitored.
- Vehicle entry should be via an airlock with two sets of interlocked doors that are centrally controlled, monitored and operated.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

- Where roofs are part of the external perimeter, care should be taken when designing access to internal roof spaces given the potential to compromise security.
- Entrances to buildings should be designed as secure lobbies.
- Patient bedroom windows should not form part of the external secure perimeter.
- All windows in the external perimeter line should be designed to maintain the integrity and security of the building.
- All openings in the external perimeter for pipes and service routes should be concealed and secure.
- Where roofs surround courtyards or patient access areas, there should be a regular planned review and elimination of climbing points. In some circumstances, it may be appropriate to install anti-climb capping to the external perimeter.
- Designers should consider how to appropriately locate and install light fittings, CCTV brackets, lightning conductor tape fittings, trees, unprotected windowsills, drainpipes, guttering and air conditioning units. All these items are potential climbing aids.

Physical security may be supported by technological systems that are controlled and monitored by the control room. These might include:

- access control systems
- perimeter lighting
- external lighting within the secure perimeter
- CCTV
- perimeter intrusion detection systems (PIDS)

Perimeter height and construction

Where fencing is used to form all or part of the secure perimeter it must be a minimum of 5.2m in height and should be BS358 weld mesh (3mm diameter and 13mm centres vertically and 75mm centres horizontally).

- Consideration should be given to the need for double skinning the lower half of the fence either with metal cladding or with double mesh.
- The fencing posts should be placed on the non-patient side of the fence.
- Where the fence meets buildings or other fences care should be taken to ensure there are no gaps between the joins and no climbing aids for example, hinge gaps between the perimeter gates and the perimeter fence.
- The main entrance and reception building is part of the external perimeter and should be protected against climbing, it should maintain the height of the secure perimeter.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Perimeter walls

The walls forming the secure perimeter should be difficult to break through. Junctions between single storey and two storey buildings should be avoided where they do occur, the junction detail should not allow jumping or climbing between buildings.

Walls and external facades should be vertical. The elevations should be detailed to make wall scaling as difficult as possible, joints should be smooth and without configurations that can be used as climbing aids. Where projections are used, they should be rounded or sloping.

- Rainwater pipes should be far enough away from an internal corner to prevent climbing and be a minimum of 900mm from any opening or projection.
- All fittings, such as lights or cameras, should be a minimum of 900mm apart and be designed with smooth and sloped surfaces to impede climbing.
- All lightning conductor tapes should be installed within the external wall construction.

Perimeter roofs

Complicated roof designs should be avoided; wherever possible any activity on the roof should be able to be seen from ground level.

Where roofs form part of the perimeter they should be protected against climbing; there are a number of options to reduce risk:

- gooseneck capping
- flexible secure topping
- weld mesh fence fixed from below the eaves to a height of 5.2 m
- alarm systems with an immediate planned response

Perimeter clear zone

Ideally, planners should aim to achieve a minimum clear zone of 5m either side of the secure external perimeter.

Ward service entry

A separate entrance to the ward for the delivery and collection of clean and dirty goods and food should be provided. The entrance should not be accessible to patients or their visitors.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Doors

The design of doors, frames, hinges and door furniture and observation panels should be considered as part of one structure, the integrity of which is dependent on the weakest element.

Careful consideration should be given to their design and installation to ensure they minimise the opportunity for:

- ligature
- escape
- breakage
- barricade
- concealment
- dismantling
- removal of parts

The design of corridors and room doors should ensure they cannot be levered against open doors, corners, architraves, fixtures and fittings or doorstops causing damage to the door, hinge or frame or making it impossible to close.

Locks and keys

There will normally be a single locking suite for the unit. It is good practice to have a separate suite for doors providing access to outside areas. Each unit should keep control of its own number of allocated keys/pass cards/fobs

Security locks

When used in this guide the term 'key' can include any of the following systems:

- electro-mechanical
- traditional manual keys
- magnetic
- swipe card
- proximity readers
- biometric readers

All these systems can be combined with keypad systems. Tracking and/or audit trails are also available within some of these systems.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Privacy locks

Bedroom doors should be fitted with anti-ligature privacy locks. All locks should be:

- Suited so that staff have an overriding key and patients have an individual key to their own room
- Have an override facility so that staff can gain rapid access in an emergency.

Clinic and treatment room locks

Clinic and treatment room doors including cupboard doors should be fitted with a suited lock. Each ward's clinic and treatment rooms should be on an individual suite.

Internal walls

All internal walls should be of standard but robust construction, with non-removal wall finishes and reflective of the need to reduce noise and echo. Internal walls in patient areas particularly those in seclusion or high dependency areas should be able to resist sustained attack. See Annex B for testing criteria.

Protective bumper rails where used, should be securely fixed and able to resist challenge; they should have rounded edges and corners.

Floors and floor surfacing

A risk assessment should inform decisions about appropriate floor coverings throughout the service. This should take account of infection control issues but also facilitate the creation of comfortable and therapeutic environments. The need to reduce echo and minimise noise should also be considered.

- Seclusion and de-escalation suite floors and skirting should be durable, with a hardwearing and slip resistant surface resistant to attack and picking.
- Sheet carpets, sheet vinyl or linoleum with impervious backing may be used for patient areas in bedrooms corridors and lounges. This should be fully bonded to the floor.
- Woven fibre backing on carpets should be avoided as this could be used to form a ligature.
- Dining areas should be finished with an impervious vinyl or other robust slip-resistant and attractive finish.
- Bathrooms, shower rooms, kitchens and disposal rooms should have slip resistant floor coverings.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

- Expansion strips should be fixed and tamper-proof, care should be taken to ensure they cannot become a trip hazard.

Skirting

In periodically observed patient areas if skirting is provided this should be made of the same material as the floor and be an integral part of the floor finish.

In continually observed patient areas, where skirting is not an integral part of the floor finish, hardwood or a composite material of an equivalent density can be used.

Ceilings

Ceilings should generally be considered to form part of the perimeter providing protection to the internal and external roof area and any plant or equipment that it houses.

- Grid type suspended ceilings should not be used in patient areas.
- Ceiling heights should minimise the opportunity for patients to access light fittings and radiant panels. It is important to consider the impact of ceilings on acoustics, particularly in communal areas.
- Roof access points should be located in non-patient areas
- To reduce the risk of harm, ceiling finishes in patient areas should be smooth and tamper proof.
- Emergency escape hatches should not discharge into patient areas.

Secure ducts and concealment of services

- In areas that are accessible to patients, all pipes, ventilation ducts and cabling should be contained in concealed, secure ductwork.
- Access for maintenance and servicing should be away from patient areas and should be through secure locked doors or panels. Secure ducts should generally be of a walk-in size.

Windows

Access to fresh air, daylight and views contributes significantly to quality of life. Careful consideration should be given to the design of windows, the way they are fixed to the building structure and their associated fixtures and fittings.

Particular consideration should be given to the design, construction, fixing, framing, glazing and detailing of windows to maintain the integrity of the perimeter. Windows that form part of

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

the external secure perimeter should not open. Ventilation should be achieved through secure ventilation.

- Windows should be tested to Criteria type 1 to 3 (see Annex B) to ensure they maintain integrity against sustained or immediate attempts to escape.
- If windows are provided with opening lights, these should be robustly constrained to provide a maximum opening of 125mm to avoid a patient being able to climb out (this is greater than the standard for other NHS services on the basis that this medium secure design guide addresses accommodation for adults only).
- Windows where the passage of drugs or weapons is a risk should be constructed with a secure mesh.
- Where windows do open to greater dimension than 125mm the opening area should be protected by a secure ventilation grille.
- All catches, restraints, and controls for integral blinds should be designed to minimise ligature risk. The facility for staff to lock a window in the open position as well as in the closed position reduces the ability for it to be used as a ligature point
- The windows must be able to be cleaned effectively from within the patient area.

Blinds and curtains

Where blinds are fitted in patient bedrooms, they should be integral to the window structure and controllable by the patient (except in seclusion rooms where they should be controlled by staff from outside the room).

Integral window blinds in observation panels should have an external override feature for staff use.

The mounting or tracking of curtains in patient areas should not provide a ligature opportunity or be removable for use as a weapon.

Fixings

Building fixings have an important part to play in maintaining the security and integrity of the service. At times, fixings may be subject to sustained attempts to dismantle, vandalise, and break or to remove them; on occasion, they may also need to withstand considerable physical force. Fixings should be chosen appropriately to reflect these risks and their associated repair costs.

Annex A: Stakeholder needs

Patients	
<i>Privacy & dignity</i>	Patients should have their own en-suite bedroom. They should have control over their lighting (including reading light), natural light (if integral blinds are fitted), and ventilation and where appropriate their heating. A patient should have the ability to lock their bedroom door from both the outside and inside, with the capability for staff to override this to protect their safety.
<i>Safety</i>	Patients need to feel safe. Patients will not be able to engage with the therapeutic purpose of the ward unless they feel safe first.
<i>Space</i>	The size, furnishing and quality of spaces and circulation areas will influence how patients engage with and use it. A variety of different spaces should be provided to allow patients a choice of environment.
<i>Disabled accommodation</i>	Appropriate accessible accommodation and facilities should be provided that ensures that the needs of disabled patients are met in a way that promotes inclusivity.
<i>Space to meet others</i>	Contact with the outside world is an important part of treatment and recovery. Part of the purpose of medium secure services is to support patients to develop safe and sustainable relationships with others so they are prepared for a successful return to the community. Patients need spaces where they are able to meet friends, family, carers, advocates, their solicitors and other professional visitors.
<i>Gender specific</i>	Accommodation should not only be planned to be gender specific but also furnished and decorated in such a way that meets the needs of different genders.
<i>Access to outside areas</i>	Direct, controlled access from internal spaces to outside areas offers patients greater freedom of movement and fresh air. The design should provide staff with good lines of observation and control of all access and egress.
<i>Variety of activities</i>	It is essential to provide a wide range of activities for group therapy, social and recreational use. The use of room and outdoor spaces can be maximised by early patient and clinical involvement and the application of a service's clinical philosophy.
<i>Healthy lifestyle</i>	Physical health care is an important aspect of care, treatment and mental wellbeing. The unit design should provide opportunities to improve the lifestyles of patients including access to fresh air and exercise.
<i>A space to pray</i>	The design should provide for a suitable multi-faith room in which patients are able to pray.
<i>Natural light and ventilation</i>	These are essential attributes to a well-designed unit and the physical and mental wellbeing of patients.
<i>Clean, well-maintained building</i>	This conveys a positive message to patients, patient's advocates and staff and encourages pride in the ward environment. There should be a zero tolerance policy on graffiti and damage in general. The ability to maintain a clean homely

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

	service will be dictated by the material used to build and furnish it.
<i>A "homely" feeling</i>	The definition of 'home' is different for everyone and whilst some patients may be in medium secure units for long periods, they are not homes but places of care and treatment. However, patients describe a preference for an environment that is comfortable, non-threatening and minimises institutional features.
<i>Avoidance of noise</i>	At initial planning stage, consideration should be given to the location of potentially noisy rooms (laundries, de-escalation suites) in relation to quiet accommodation such as bedrooms. Good soundproofing should be installed between rooms and use heavy-duty sound reducing doors. Noisy engineering equipment, fans and light fittings should be avoided. Noise is a factor that can contribute to feelings of fear and tension on a ward.
<i>Avoidance of overcrowding</i>	Overcrowding can also create tension on a ward. Activity areas and dining rooms should provide adequate space to avoid overcrowding whilst maintaining the ability to promote community living.
<i>Storage</i>	There should be adequate facility for storing and accessing a reasonable amount of personal possessions for patients.
Carers and visitors	
<i>Welcome</i>	It can be daunting visiting a secure unit, especially for the first time. Visitors need to feel welcome and reassured by the surroundings.
<i>Privacy</i>	There should be discrete areas for visiting with facilities for safeguarding children and sufficient rooms to accommodate visits from solicitors, other advisers and carers.
<i>Safety</i>	Visitors need to feel reassured that there is someone on hand if they are needed. Areas used by carers and visitors should provide for good observation by staff supported by the necessary technology.
Managers	
<i>Flexibility</i>	Managers need design solutions that allow for maximum capacity in the unit with options to respond to changing patient populations, levels of risk and needs.
<i>Low levels of incidents</i>	The design of the environment should give careful consideration security and safety; for patients, for staff and the public. High levels of safety or security incidents on a ward can undermine the feeling of safety for everyone and impede the therapeutic purpose of the ward.
<i>Stable staffing levels</i>	A high quality environment for staff can play an important role in improving staff morale, increasing attendance and attracting recruits to the service. A good design enables staff to be deployed in the right areas, engage with patients and maximise the use of resources.
Staff	
<i>A pleasant environment</i>	Staff function better in environments that feel safe, calm and spacious. Staff can engage with patients and deliver a better quality of care if they are unconstrained by the design of the unit.
<i>Safe working conditions</i>	Better quality of care and staff experience will be enabled by a design, supported by appropriate technology that reassures staff and facilitates rapid response and assistance when necessary.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

<i>Good layouts</i>	Single level patient accommodation will enable the safe movement, observation and management of patients.
<i>Private areas</i>	Space should be provided for staff to do confidential work, hold meetings and rest away from the main patient areas on the ward.
<i>Storage</i>	There should be adequate facilities for the secure storage of personal possessions.

Annex B: Testing Levels

The testing of materials of components is a critical element of the development project. The project plan should clearly identify responsibilities for testing at an early stage and ensure that the appropriate skills, training, recording and safety measures are in place. The tests types provided below are designed to replicate a number and/or combination of actions.

Results

A component or element of construction will pass testing if:

- it exhibits no significant failure resulting in the removal of the whole or part of the component
- it does not break or fracture enabling its use as a weapon or means of self-harm
- there is no escape or exposure to live electrical wiring, high-temperature pipe work or any other vulnerable services.

If the element or component becomes deformed as a result of testing, this should not necessarily be classified as a failure provided the extent of deformation does not enable access to any recess or void within which it is fixed.

Type 1: An attack on a component or element of construction by the use of an implement or weapon

Implement:	36 x 36 x 1000 mm hardwood shaft (minimum density 650 kg /m ³), chamfered at one end to replicate the jagged edge/arises/etc. of a vandalised component, to be planed and all arises rounded
Test:	Carry out sustained attack for a period of 15 minutes (maximum potential period for a patient to work undetected on a component, notwithstanding the noise that this would create), including hitting with the flat section of the weapon a minimum of 10 consecutive blows, attacking end-on with the non-chamfered end of the weapon for a minimum of 10 consecutive blows and, where testing a component, prizing away from the structure to which it is fixed by the chamfered end of the weapon (the latter applies to the whole or any part of the component)

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Type 2: Attack by punching or kicking

Implement:	1.2 kg rubber mallet (75 mm)
Test:	Carry out sustained attack with implement comprising of 15 consecutive blows commencing each blow with the implement withdrawn a minimum of 1000 mm away from the component/element of construction

Type 3: The impact of the full body weight of a person

Implement:	Rubber paving maul
Test:	Carry out sustained attack with implement comprising of 15 consecutive blows commencing each blow with the implement withdrawn a minimum of 1000 mm away from the component/element of construction

Type 4: The testing of the item and its fixings up to and including destruction

Implement:	Appropriate tools and equipment or items that a patient may be able to obtain or have access to. (For example, a metal teaspoon, zip components, metal spring from hi-fi headsets, etc).
Test:	Carry out a sustained attack for a period of 45 minutes or until the item or its fixings fail, whichever is the soonest

Type 5: Specific test regimes: glass-reinforced plastic bed

Implement:	To be carried out with use of British Standard testing equipment comprising a steel pendulum head (mass 6.4 kg) with a hardwood face, finished with rubber (50 International Rubber Hardness Degrees (IRHD)) on a pendulum arm (length 950 mm, tensile steel tube diameter 38 x 2 mm, mass 2 kg +/- 0.2 kg). Hammer to be mounted so it impacts the bed at a 40-degree angle to represent kicking or punching.
Test:	The test panel should be mounted in a rigid steel framework, and sandwiched between two regular frames, and bolted through at frequent intervals. The two frames are attached to a braced steel framework that is rigidly attached to the floor. The tests should be applied to all surfaces of the bed including the top. Beds should also be tested for ignitability in accordance with BS 6807.

Testing schedule for main components and elements

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

The following table is only intended as a guide to key components and elements. A specific testing regime identifying design specific risk elements should be developed early in planning.

Element	Detail	Test level	Additional guidance
Door	Hinges	1	Check for captive pins
	Vision panels	1 + 2	Check method of fixing
	Vision panel glass	1, 2, 3 + 4	
	Pull handles	1 + 4	
Doorframe	Architrave	1 + 2	Ensure there are no exposed voids to the rear of architrave and frame. Check the method of fixing
Door and frame	Frame	1 + 3	To replicate a person running at the door.
Window	Beading	1, 2, 3 + 4	Carry out additional penetration test with pen lid insert for 15 minutes
	Frame	1, 2, 3 + 4	
	Glazing	1, 2 + 3	
Skirting		1 + 4	
Ceiling	Main area light wells, arises	1 + 2	Expanded metal lathing is not suitable for patient areas
		1 + 2	
Light fittings		1, 2 + 4	
Electrical accessories/ smoke detectors/CCTV		1, 2 + 4	Apply test to plaster work surrounding accessories
Radiators and radiant panels		1, 2 + 4	Check for robustness of junction with ceiling
Shower	Head	1, 2 + 4	Check mastic
	Controls	1, 2 + 4	
Sanitary ware		1, 2 + 3	

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Fixed furniture	Wardrobes	1, 2, 3 + 4	
	Shelving	1, 2, 3 + 4	
	Cupboards	1, 2, 3 + 4	
	Notice boards	1, 2, 3 + 4	
	TV shroud	1, 2 + 3	

Annex C: CCTV

Principles of the use of CCTV

A CCTV system can enhance observation and provide patients with greater freedom within the secure perimeter; it can also have a role in enhancing safety by deterring or detecting untoward incidents. Data from CCTV can also be used as part of the investigative process following disruptive or criminal acts. However, CCTV installation should take account of the provisions of the Human Rights Act (1998), Data Protection Act (1998) and other relevant legislation and guidance.

The use of a CCTV system in patient accessible areas should be in accordance with organisational policy and supported by local procedures.

CCTV is a tool to aid observation and supervision but it does not replace the need for appropriate levels of patient observation and engagement, nor should it require more staff to realize its benefits.

CCTV specification

Consideration should be given to the best available technology but as a minimum CCTV systems should be unobtrusive and ligature free with the ability to:

- Record images 24 hours a day, 7 days a week
- Retain images for determined period of time identified by the client

In addition CCTV systems should be

- user friendly
- easy to configure and adjust
- capable of providing good night coverage

External CCTV (outside the secure perimeter)

Local risk assessment should determine the need for CCTV coverage outside of the secure perimeter. The need for CCTV in car parks, high-risk buildings and approach or access roads should all be considered, where used these should be integrated into the main CCTV system. Stops should be fixed to all cameras to avoid any possibility of intrusive observation of adjacent private properties.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

External CCTV (perimeter)

The requirements for CCTV and associated lighting for the secure external perimeter and areas within the perimeter should:

- Provide coverage of both sides of the perimeter and key entry positions.
- Provide adequate coverage during the hours of darkness so all activity can be clearly seen
- Provide for the clear viewing and monitoring of people, vehicles and activity on access routes, surrounds and entry points
- Interface with management control systems and be monitored, operated and controlled from the control room.
- Be capable of continuous recording on all cameras with the ability to switch to 'real time' recording when required.

Locations covered should include:

- vehicles routes
- pedestrian routes
- main airlock entrances/exits to buildings

Internal CCTV

An internal review should take place that includes multi-disciplinary teams to determine the extent to which internal areas would benefit from CCTV and where each camera should be located. These might typically include:

- Patient corridors and day rooms
- Interview and therapy rooms
- Vocational and educational services
- Visits room
- Secure lobby at reception
- Seclusion suites and de-escalation areas

Internal CCTV should not cover:

- Patient's bedrooms
- Bathroom and toilets other than the entrance/exit to these areas

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Principles of implementing CCTV

- The location of control and recording equipment should be carefully considered to ensure that CCTV images cannot be viewed or the control equipment accessed by unauthorised persons.
- CCTV cameras should be integrated into the main site CCTV system (with the exception of seclusion suite cameras).
- Camera installations should be such that they cannot be tampered with and minimise the opportunity for use as a ligature or damage by patients.
- Camera lenses should be individual to each camera and be chosen to provide optimum viewing from each location. Cameras should be mounted in protective housings.
- The system should be operable under artificial lighting conditions with or without natural lighting. Particular attention should be given to the location and type of luminaries that could cause flaring due to lamp intensity.
- The design of the internal CCTV system should be carried out three dimensionally taking into account the physical features and purpose of the area within which it is located. Rooms should also be designed to ensure that they are configured to maximise the views and minimise the numbers of the cameras required.
- The detail of images and whether continuous, intermittent or motion detected recording is appropriate, should be determined by the project team. Consideration should be given to the preferred mix between fixed and pan tilt zoom PTZ.

Viewing, recording and reviewing

The system should be capable of allowing various levels of access to users on a password protected basis, access should be auditable in accordance with local policy. Software systems should not require the input of the original manufacture when interfaces with other systems are required (i.e. they should be open architecture systems). The local policy for accessing images should be agreed and take into account:

- storage of data and location of viewing facilities
- recording, reviewing, retention and deletion of recorded images.

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

Environmental Design Guide Adult Medium Secure Services

© Crown copyright Year 2006
First published Date
Published to Delphi, in electronic format only.



High secure building design guide

Overarching principles

for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals



DH INFORMATION READER BOX	
Policy	Estates HR / Workforce Commissioning Management IM & T Planning / Finance Clinical Social Care / Partnership Working
Document Purpose	Policy
Gateway Reference	14597
Title	High Secure Design Guide Overarching Principles
Author	DH / Mental Health Division / Secure Services Policy Team
Publication Date	30 Nov 2010
Target Audience	PCT CEs, NHS Trust CEs, SHA CEs, Please note this guidance covers high secure hospitals only
Circulation List	
Description	Guidance document outlining high level planning and design principles for high secure hospitals
Cross Ref	N/A
Superseded Docs	N/A
Action Required	N/A
Timing	N/A
Contact Details	Jo Leech Secure Services Policy Team, Mental Health Division Area 225, Wellington House 133-155 Waterloo Rd, London SE1 8UG 020 7972 3925 www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/Policy/mentalhealthsecureservices/index.htm
For Recipient's Use	

High secure building design guide **Overarching principles**

for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals

High secure building design guide – Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hosiptals

© Crown copyright 2010

Contents

Chapter 1	Introduction	1
	Overarching principles	
	Introduction to security	
	Physical security	
	Procedural security	
	Relational security	
Chapter 2	High-level planning and design principles	3
	Introduction	
	Quality of environment	
	Life-cycle cost and maintenance	
	Staffing and layout	
	Flexibility	
	Minimising the potential for damage	
Chapter 3	Site-wide issues	5
	Introduction	
	Designing-in security	
	The secure perimeter and entrance building	
	Technological security	
	CCTV installation	
	Intervention time	
	Delay time	
	Security searching	
	Site layout planning	
	Categories of area usage in the hospital	
	Planning layout and access for security	
	Barriers	
Chapter 4	Building design	8
	Introduction	
	General	
	Enabling observation	
	Maintaining physical security	
	Staff and patient safety	
	Prevention of self-harm	
	Robustness of environment and materials	
	Infection control	
	Standard room specifications	
	Patient bedrooms	
	Seclusion room/suite	
	Treatment room/dispensary	
	Ward office	
	Patient bathroom	
	Ward kitchen	
	Patient WCs	
	Furniture and fittings	

High secure building design guide – Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals

Chapter 5	Building construction	10
	Introduction	
	Climbability	
	Roofs	
	Walls	
	Secure ducts and concealment of services	
	Apertures and penetrations	
	Floors and ceilings	
	Doors	
	Locks and keys	
	Windows	
	Sanitaryware/fitings	
	Finishes in patient areas	
	Fixings	
Chapter 6	Mechanical, drainage and electrical services	12
Chapter 7	Construction works	13
Chapter 8	Product testing	14
References		15

1 Introduction

- 1.1 This 'High secure building design guide' replaces the Physical Security Requirements document published by the Special Hospitals Service Authority in 1996.
- 1.2 The guide is in two parts – this 'Overarching principles' document and a 'Technical design guide' with associated drawings. The latter is held on a restricted basis by licensed provider organisations, and will be made available to design consultants under certain controls, which are set out in the 'Technical design guide'.

Overarching principles

- 1.3 High security hospitals have twin security and therapeutic objectives. They provide a treatment environment for patients who are assessed as presenting a serious and immediate danger to others and who need treatment in a high secure hospital. The security provided should be such as to protect the privacy, dignity, health, well-being and spiritual requirements of patients and staff, and to prevent unauthorised access to the hospital and to make escape very difficult.
- 1.4 The environment provided by high secure hospitals is a crucial element in the delivery of therapeutic outcomes for patients, their safety and the safety of the wider community. Maintaining a high standard and continually improving the design of the environment will help to improve outcomes for patients. It should help to ensure the safety of patients, staff and the public, and provide comfortable, secure surroundings in which individuals may be detained for the duration of their treatment. Buildings are tools that should be used to enable the delivery of high-quality care. They can be used to assist the treatment model and facilitate care pathways, and to promote community engagement and recovery.
- 1.5 The security and therapeutic issues are closely integrated, and security should not be dealt with in isolation. Security provides a positive and supportive framework within which clinical care and therapy can be safely delivered. Maintaining high levels of security is the responsibility of all staff. Good security and therapy should be seen as integrated concepts rather than opposite ends of a spectrum.
- 1.6 High security hospitals provide a distinct and separate environment from prisons. Prisons and hospitals operate under different laws, are part of different larger organisations, and the workforce are from different professions with different training. It is not possible to transfer thinking and concepts in total from one organisation to another. This guide recognises these differences, and within this context physical security must be provided within the building and site layout design in a sensitive and balanced way.
- 1.7 The needs of patients within these environments vary and will depend on a number of factors including diagnosis, gender, age, forensic history and length of stay. Services should aim to meet individual needs and those of specific groups of patients, taking into account the experiences of current and former service users, carers, staff and other stakeholders, to consider how recovery and reduction of risk can be best achieved.
- 1.8 This guidance seeks to ensure that all elements such as the use of CCTV and the intrusion into patients' requirements for privacy and dignity are considered within the guiding principles of the Human Rights Act, and that the actions detailed have been considered to ensure they are lawful, legitimate and proportionate.
- 1.9 Where appropriate, this Guide has drawn on National Offender Management Service (NOMS) guidance.
- 1.10 The Clinical Secure Practice Forum is the change control mechanism for authorising change within security, and that includes this Guide.
- 1.11 This Guide is best practice and should be followed. Where there is a proposed variation, it should be supported by a risk assessment together with the

High secure building design guide – Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals

reasons for the variation. Derogations from standards within the Guide must be sought through the trust.

Introduction to security

- 1.12 The Review of Security in High Security Hospitals by Sir Richard Tilt (2000) set the security requirements for the perimeters and entrances of high secure hospitals. The perimeter standard is equivalent to category B in the prison service.
- 1.13 Security is a concept of three interdependent dimensions – relational, procedural and physical security. Physical security alone does not provide security and cannot operate without appropriate relational and procedural security. Physical surroundings, including décor and furniture, have an impact on security.

Physical security

- 1.14 The physical security requirements for the design of a high secure hospital are largely determined by the need to prevent a patient from being able to break through the fabric of the building, to attempt or achieve a breach of the secure perimeter, including the passing of contraband, and from being able to gain uncontrolled access to other rooms or areas without authorisation.

Procedural security

- 1.15 Procedural security relates to the proper application of a set of procedures, routines and checking.
- 1.16 Establishing a comprehensive range of effective procedures across the service anchors the application of therapeutic activity to structure and routine. This ensures that staff are able to effectively establish clear boundaries across the service.
- 1.17 The routine application of procedures also enables safe practices to be embedded in practice and applied consistently. Staff should be trained to adopt these procedures and to understand their context and purpose for the individual.

Relational security

- 1.18 Relational security is the formation of a therapeutic alliance between staff and patients. This is centred in continuing risk assessment and detailed knowledge of the patient and the use of personal and professional skills by each member of staff to ensure they support and offer appropriate treatment for patients.
- 1.19 The building design should allow staff to develop good-quality relationships with patients that motivate and encourage them to use the therapeutic environment and to understand the constraints upon them.

2 High-level planning and design principles

Introduction

- 2.1 This section outlines high-level planning and design principles that are particularly pertinent to the high secure service. The 'Technical design guide' provides more detailed guidance on how these are to be taken into account throughout the design, construction and commissioning stages.

Quality of environment

- 2.2 A good-quality environment can impact on people's lifestyles, attitudes and behaviour. Matters such as design of buildings, rooms, ward areas, space, light, access to fresh air, gardens, colours and furnishings all play a part in creating a good-quality hospital environment. These same issues also play a part in the security of the hospital. Patients need to feel they are in a hospital environment if they are to develop cooperation and see their treatment as helpful and supportive.
- 2.3 The design of systems, products and materials should be robust, tried and tested, and evidence-based. When considering new products and systems, the Home Office Scientific Development Branch (HOSDB; <http://scienceandresearch.homeoffice.gov.uk/hosdb>) should, where appropriate, be consulted.

Life-cycle cost and maintenance

- 2.4 Life-cycle cost analysis is an integral part of any project, and the approach to it is detailed in a number of DH publications. In designing any building, room, fixture or fitting, careful consideration should be given to its whole-life cost. For high secure hospitals, this should also take into account the future security cost as well as the traditional issues regarding maintenance. Any standardisation of specification at each site will take into consideration full life-cycle costs, including a robust, sustainable balance between capital and revenue expenditure. In the planning stage of any development, adequate allowance should be made

for the revenue to support the capital investment made.

Staffing and layout

- 2.5 Design of the site and internal building layouts can have a significant impact on staffing levels and personal safety. Careful consideration should be given, from inception to completion, to the layout of the site and individual buildings, to avoid the requirement for additional staffing or technological systems.
- 2.6 The following are examples of issues which should be taken into account:
- dead ends, blind corners and long distances should be minimised;
 - good sightlines should be provided;
 - the adjacencies and proximity of buildings and services should be considered.

Flexibility

- 2.7 The service requirements will change, at a macro and a micro level, and the following issues should be taken into account in the design:
- buildings and mechanical and electrical services should be designed to ensure that as far as practicable they can be changed internally when the need arises. For example, there should be the minimum number of internal structural walls (as opposed to solid walls) so that the internal layout can be modified without affecting the structure of the building;
 - all buildings and internal layout of wards should be designed to ensure that, as far as reasonably practicable, they can be used by all patient groups;
 - wherever it is safe to do so without compromising the required integrity of the building, construction should be in the form of stud walls rather than solid block or brickwork.

High secure building design guide – Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals

Minimising the potential for damage

2.8 Inevitably damage will occur, therefore careful consideration should be given to the selection and detailing of products and components to ensure that they are suitably robust. They should also be capable of being maintained and repaired by the trust's maintenance team, and should require minimum support from external specialists.

2.9 Within a high secure hospital, there may be a need for a more regular redecoration or refurbishing than in other hospitals. Furnishings may suffer more frequent damage, and damaged and broken furniture presents a security risk and should be removed and replaced. If an item is damaged or removed, it should not provide the opportunity to be used for self-harm or as a weapon against others.

3 Site-wide issues

Introduction

- 3.1 The safety of the public, patients and staff is a fundamental feature to be addressed within the physical security measures in high secure hospitals.

Designing-in security

- 3.2 Although the effectiveness of relational security measures will largely be determined by operational staff, the design of buildings and the nature of the site layout can contribute in a significant way, both to help staff and to promote the efficacy of these measures.
- 3.3 Physical security measures are an integral part of the design and specification, and should be considered at inception and throughout the design process.
- Patient-accessible buildings must be designed so that they provide a safe, secure and therapeutic environment.
 - The buildings and site layout should be designed to deliver optimal safety conditions by being planned with good sightlines and by avoiding blind corners, hidden recesses, dead-ends, isolated and dark areas, and spaces that are difficult to observe and supervise.
 - The various parts of buildings and the furniture and fittings (including external landscaping) must be designed and constructed so that they cannot be easily broken, removed, or used for concealment or as a weapon (see 'Delay time', paragraph 3.16 below).
 - The design should also allow for part of the building or buildings to be isolated without unduly affecting the whole.
 - Locking is an integral component in the provision of a safe and secure environment.
 - Patients receive social visits, and these will take place in a specially designed visits complex, located inside the secure perimeter.

- 3.4 Physical security includes the use of physical and structural measures and technological measures. The aim should be to use physical security measures primarily as far as is practicable and, where required, technological measures should be self-sufficient and supported by an emergency power supply.

The secure perimeter and entrance building

- 3.5 The perimeter and entry building are to be designed in accordance with Category B prison standards, produced by the National Offender Management Service (NOMS).
- 3.6 The **secure perimeter system** should make it very difficult for patients to escape, or for intruders to gain access from the outside without detection. The requirements are as indicated in the NOMS 'Physical and Special Security Guide No 4 – Perimeter security'. Note: Guide No 4 is only to be applied for the secure perimeter, which includes the secure barrier system, sterile area, patient-free areas and associated CCTV, alarm and lighting systems.
- 3.7 The **secure entrance** should be made through an "entry building" that is constructed to the same standards as the secure perimeter to which it will be connected. The entry building must be designed to prevent unauthorised access to the roof either from inside or from outside the hospital. It will be planned and equipped so that all movements "in" and "out" of the hospital are strictly controlled. The physical security requirements for an entry building are as indicated in the NOMS 'Physical and Special Security Guide No 2 – Entry building'.
- 3.8 Where there is a need for internal secure zonal fences and barriers to control and restrict outdoor movements, the requirements are detailed in the 'Technical design guide'.

Technological security

- 3.9 Technological security includes:
- access control systems;

High secure building design guide – Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals

- perimeter security lighting;
- external lighting within the secure perimeter;
- closed circuit television (CCTV);
- perimeter intrusion detection systems (PIDS);
- communication systems;
- staff attack alarm (SAA) systems.

CCTV Installation

- 3.10 The use of CCTV in patient areas is supported by the Tilt Report in association with certain principles, which are described in Chapter 6 of the 'Technical design guide'.
- 3.11 A CCTV system can be used to enhance observation, act as a deterrent to criminal acts, aid investigations, detect crime, apprehend and prosecute offenders and generally enhance patient, staff and visitor safety. However, any installation should take into account any restriction placed upon the system through the Human Rights Act (1998) and Data Protection Act (1998), including guidance issued by the Information Commissioners Office regarding the use of CCTV.
- 3.12 The use of the system in patient-accessible areas should be in accordance with trust policy and supported by local procedures. It is an additional resource to observation and supervision. It does not replace the need for appropriate levels of staff/patient observation and interaction, nor should it require more staff to realise its benefits.
- 3.13 These measures should be centrally managed, monitored and recorded from the hospital control room. Local monitoring and review systems may be required.
- 3.14 The systems should be designed to monitor, detect and ensure an effective response to any incident, to record all incidents for later analysis and to engender a sense of confidence and safety.

Intervention time

- 3.15 The layout of the hospital, the access and circulation arrangements, and the alarm and monitoring systems in place should be such that the maximum time needed for staff intervention, within the secure perimeter area, should not exceed the period set down in the "Technical design guide".

Delay time

- 3.16 The minimum delay or resistance time required from elements of the building or from other elements of construction are set out in the 'Technical design guide' and form the basis of the suggested solutions in that guide. Other building solutions may be utilised, providing they achieve those delay times (see the NOMS Guide 2, page 11).

Security searching

- 3.17 Each hospital has a policy detailing the requirements for how and when security searches are to be carried out. The key issues to be taken into account in designing, constructing and commissioning are: avoiding opportunities for concealment of items and, depending on the category of patient area, inclusion/exclusion of access panels for maintenance, and exposed versus seamless fixings.

Site layout planning

Categories of area usage in the hospital

- 3.18 The accommodation within the secure perimeter is categorised as follows:
- a. patient continually observed areas (for example ward dayrooms, therapy areas and education areas);
 - b. patient periodically observed areas (for example bedrooms and toilets);
 - c. staff-only areas;
 - d. estates and facilities staff-only areas;
 - e. external areas, including ground access/privilege areas and landscaping.
- 3.19 The 'Technical design guide' takes into consideration the level of risk presented in these different areas.

Planning layout and access for security

- 3.20 When designing the layout of the buildings and their geographical location on site, patients' privacy and dignity needs will be a key consideration. In addition, the following principles should be taken into account:
- a. Good sightlines are required to enable effective observation and to minimise the number of cameras required for CCTV coverage.

3 Site-wide issues

- b. External areas should be planned and laid out so that they are as easy as possible to observe and search and do not provide areas for hiding or concealment.
- c. Access to engineering spaces (for example housing plant and equipment) should, wherever possible, be from non-patient areas.
- d. Primary pedestrian access to every patient-accessible building will be via the main entrance to the building.
- e. Safe routes should be provided between different areas to enable patients to move around unescorted.
- f. The route from the entrance building to the child/patient visiting centre should not pass through a patient-accessible area or any area where a child can be seen by a patient.
- g. The aim is that vehicular movement will be minimised, with the majority of vehicles accessing buildings via the service entrances.
- h. Sufficient turning space and access for vehicles should be allowed at the main entrance and all service entrances to buildings.
- j. The only vehicular access via patient-accessible areas, with the exception of emergency vehicles, will be patient transport.
- k. Local policy should determine the arrangements for routes shared between pedestrians and vehicles.
- m. Deliveries and collections to and from all patient-accessible buildings should be enabled via a secure arrangement which maintains, wherever possible, separation between the patient and the service provider.

Barriers

- 3.21 Where opaque barriers (for example hedges, solid fences/walls etc) are used, they may restrict visibility. If used, they should be sited so that they do not impede effective observation.
- 3.22 Internal fences may be used to facilitate unescorted patient movement by separating patient and non-patient areas. Where internal fences join with the secure perimeter they need to meet perimeter standards.
- 3.23 Where barriers are introduced with the sole function of controlling the manner of movement – for example within patient areas to separate different recreational uses – a “dash fence” or other agreed barrier (for example shrubbery) may be used to a maximum height to be agreed at design stage.

4 Building design

Introduction

4.1 The hospital should provide a safe and secure environment for patients, staff and visitors that is compliant with all statutory requirements. This chapter covers the key objectives of the building design such as enabling observation, maintaining physical security, preventing self-harm, robustness of materials, and maintaining infection control. The 'Technical design guide' includes specific guidance on ways of achieving these objectives. There are specific requirements for core room spaces in high secure hospitals; again, the key objectives are outlined here and the design descriptions are included in the 'Technical design guide'.

General

Enabling observation

- 4.2 To enable good observation and control of the environment, obstruction-free sightlines should be achieved for all patient areas.
- 4.3 Hidden areas and recesses, blind corners, out-of-sight and overlong corridors, and cul-de-sacs should all be avoided wherever possible to prevent the over-reliance on CCTV. CCTV may be employed as a supplement to aid observation.
- 4.4 The observation requirements for individual rooms are covered in the 'Technical design guide'.

Maintaining physical security

- 4.5 The physical security requirements for buildings in the secure area are largely determined by the need for buildings that can physically prevent a patient from being able to break through the fabric of the building, to attempt or achieve a breach of the secure perimeter, or from being able to gain uncontrolled access to other rooms or areas, including roof areas.
- 4.6 There will be a need to maintain a continuous secure line around the building envelope, through

the appropriate design of doors, windows and other openings. It is necessary to maintain continuation of the secure line internally within the buildings to protect sensitive areas.

Staff, patient and visitor safety

- 4.7 All rooms should be planned to minimise the possibility that staff, patients or visitors could become isolated, be taken hostage or be barricaded in.

Prevention of self-harm

- 4.8 Patient-accessible buildings should be designed to make the act of suicide or self-harm as difficult as possible. WCs, bathrooms, patients' bedrooms and any areas where patients may be periodically observed, even for a short time, are all high-risk areas.
- 4.9 Building interiors, fittings and furniture in high-risk areas should be designed to ensure that they minimise the possibility of use for self-harm, as a ligature, as a weapon or for barricading. See 'Robustness of environment and materials' below.
- 4.10 The suicide prevention strategy should be guided by the National Suicide Prevention Strategy for England (DH, 2002) and consultation with the risk department.

Robustness of environment and materials

- 4.11 Materials should be specified that are robust and resistant to sustained attack. All building components, furniture and fittings in patient-accessible areas will be specified, designed, fitted and fixed with the prescribed security fixings to ensure that they cannot be dismantled, removed or used by patients for self-harm, as a ligature, weapon, missile or escape aid, for barricading or for any other illicit purpose.
- 4.12 All components and elements should be designed and installed to minimise opportunities to conceal any contraband, weapons or small items. Details

4 Building design

should be uncomplicated, making them easy to see, to search and to reach.

- 4.13 Protective or preventive measures should be incorporated into the building fabric or setting as sensitively as possible and so that the living environment is therapeutic.

Infection control

- 4.14 The healthcare environment is a secondary reservoir for pathogenic organisms. In order to reduce the risk of healthcare-associated infection, it is vital that infection prevention and control requirements are designed in at the planning stage of all facilities.

Standard room specifications

- 4.15 Standard room specifications will be determined by the functionality and perceived risk of the room as indicated in paragraphs 4.16–4.25, that is, what the room is going to be used for, the levels of observation and the risks associated with that use.

Patient bedrooms

- 4.16 Each bedroom should provide facilities for the sleeping, personal, living and sanitary needs of patients.
- 4.17 A patient bedroom should be a minimum of 12 m² and in addition be provided with an en-suite sanitary facility. The layout should be arranged so that the entire room and en-suite can be observed from outside the room when necessary.
- 4.18 The layout of the room, fixed furniture and equipment should be such that it would be extremely difficult for a patient to commit suicide or to harm themselves or others. It should also ensure that the patient is not provided with vantage points from which to attack or conceal themselves from staff entering the room.

Seclusion room/suite

- 4.19 A seclusion facility is a place of safety which should be designed to afford maximum privacy and dignity for the patient without compromising security, and should assist in minimising antagonism between secluded and non-secluded patients.
- 4.20 The Mental Health Act Code of Practice (Chapter 15.60, 2008) states that: “The room used for seclusion should: provide privacy from other

patients, but enable staff to observe the patient at all times; be safe and secure and should not contain anything which could cause harm to the patient or others; be adequately furnished, heated, lit and ventilated; and be quiet but not soundproofed and should have some means of calling for attention (operation of which should be explained to the patient).”

Treatment room/dispensary

- 4.21 A treatment room/dispensary should be provided on each ward for the examination and treatment of patients in an emergency or as a routine procedure. A dispensary is a non-patient area and will be located separately but adjacent to the treatment room with a connecting door.

Ward office

- 4.22 A ward office should be provided to act as a staff base for the management of the ward; this is a staff-only area.

Patient bathroom

- 4.23 While each bedroom is provided with a shower and en-suite facilities (appropriate quantity to be independent wheelchair-accessible), each ward should have in addition an independent wheelchair-accessible bathroom for patients' use.

Ward kitchen

- 4.24 A ward kitchen should be provided to enable the serving of food. Patients may be allowed access, under supervision if required, to prepare snacks or hot drinks.

Patient WCs

- 4.25 WCs for patients' are to be provided which are accessible from patient communal and activity areas.

Furniture and fittings

- 4.26 The design and specification of all furniture and fittings to be used in patient-accessible areas will be carried out in liaison with the hospital's supplies, facilities and security departments.
- 4.27 Furniture and fittings should be robust, anti-ligature, prevent opportunities for concealment, meet infection control requirements (see paragraphs 4.8–4.14) and be in accordance with the purchasing strategy of the hospital.

5 Building construction

Introduction

- 5.1 The construction standard for buildings within the secure perimeter is a key component in the overall security system of the hospital. The patient's bedroom is the first secure constraint, followed by the secure envelope of the building (see paragraph 4.6) and the secure perimeter and entry building.

Climbability

- 5.2 Walls and external façades should make wall scaling as difficult as possible.

Roofs

- 5.3 Roofs must be constructed in a manner so as not to be easily accessible, dismantled, penetrated, nor to provide access to materials that can be used as a weapon or for self-harm.

Walls

- 5.4 The external walls form part of the continuous secure line around the building envelope, and any form of construction needs to be resistant to break-through.
- 5.5 Internal walls in patient-accessible areas must be of specific construction; those in non-patient accessible areas can be of standard construction.

Secure ducts and concealment of services

- 5.6 All pipes, ventilation ducts and cabling in patient-accessible buildings or areas should be concealed.
- 5.7 Access for maintenance and servicing should, where possible, be from non-patient areas, through secure locked doors or panels.

Apertures and penetrations

- 5.8 Apertures in walls should comply with the specific dimensions set out in the 'Technical design guide'. Where they exceed these dimensions, they need to

be protected as specified in the 'Technical design guide'.

Floors and ceilings

- 5.9 Floors and ceilings will form part of the internal secure line in a building and will provide protection to the roof zone and the plant and equipment which that space may contain.

Doors

- 5.10 Doors that are required on the internal secure line should be designed as internal secure doors.
- 5.11 Doors that occur in the secure line of the external envelope of the building must be designed as external secure doors.
- 5.12 All internal and external secure doors must be provided with a lock in accordance with the locking strategy.
- 5.13 Careful consideration should be given to the design of doors, frames and associated furniture to ensure that, individually and collectively, they minimise the opportunity for ligature risk and the means to barricade or prevent the door from being opened.

Locks and keys

- 5.14 The locking strategy in the clinical security framework extends and develops the recommendations contained within the Tilt Report and is compliant with the current NOMS guidance. The overarching aim is to ensure that locks are utilised in such a way as to maximise security.

Windows

- 5.15 The windows in patient-accessible areas will form part of the secure line, and careful consideration needs to be given to the design of the window structure, the way it is fixed to the building structure, and all fixtures and fittings.

5 Building construction

5.16 Where there are non-patient areas within patient-accessible buildings which are within the external secure line, they are to be designed to form part of the secure line.

5.17 Where there are areas non-accessible to patients which are entirely separated by an inner secure line from patient-accessible areas, but which are within the same building envelope, the windows can be of a proprietary design. They should not, however, compromise the principles described in paragraphs 3.2–3.8. The windows must not provide foot/hand holds to enable patients to gain access to a roof.

Sanitaryware/fixings

5.18 Sanitaryware in patient-accessible areas should not be of a domestic construction and should be as specified in the 'Technical design guide'.

Finishes in patient areas

5.19 It should not be possible to remove the paint finish from walls or ceilings for use as a weapon or for self-harm.

5.20 Floor finishes should be durable and hard-wearing.

Fixings

5.21 The fixing of building components is an important element of physical security, and the following considerations need to be taken into account:

- a. at times, fixings may need to withstand considerable physical force;
- b. attempts may be made to dismantle components, therefore the fixings should be specified so as to make these attempts very difficult;
- c. fixings should be specified to minimise the opportunity for vandalism and breakage.

High secure building design guide – Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals

6 Mechanical, drainage and electrical services

- 6.1 A high standard of installation should be maintained to meet the requirements of high secure hospitals, as well as meeting those of all relevant regulatory bodies.
- 6.2 In designing any patient-accessible facility, it is important that proper consideration is given to the future maintenance of the installation and plant, particularly with respect to the limitations on access in patient areas.
- 6.3 Engineering plant and equipment should, wherever possible, be located in a secure duct or room and be accessible from a non-patient area.

7 CCTV installation

- 7.1 The use of CCTV in patient areas is supported by the Tilt Report in association with certain principles, which are described in the 'Technical design guide'.
- 7.2 A CCTV system can be used to enhance observation, act as a deterrent to criminal acts, aid investigations, detect crime, apprehend and prosecute offenders, and generally enhance patient, staff and visitor safety. However, any installation should take into account any restriction placed upon the system through the Human Rights Act (1998) and Data Protection Act (1998), including guidance issued by the Information Commissioners Office regarding the use of CCTV.
- 7.3 The use of the system in patient-accessible areas should be in accordance with trust policy and be supported by local procedures. It is an additional resource to observation and supervision. It does not replace the need for appropriate levels of staff/ patient observation and interaction, nor should it require more staff in order to realise its benefits.

8 Construction works

- 8.1 Any works within or adjacent to the secure perimeter will create security risks from increased vehicle movement, the contractors' staff and the materials, plant and equipment used.
- 8.2 In determining the approach to managing these risks, consideration should be given to whether the construction site needs to be isolated within the secure perimeter, or whether, in the case of major projects, a separate penetration of the secure perimeter should be provided to access the site.
- 8.3 Consideration also needs to be given to the risks associated with construction plant remaining within the secure perimeter when not in use. Risk assessments should be carried out by the security department whenever construction equipment is required to remain within the secure perimeter, and an outline of the approach to be taken is detailed in the 'Technical design guide'.

9 Product testing

- 9.1 The 'Technical design guide' identifies the criteria for testing requirements for all aspects of patient-accessible buildings. Any items which have been tested by the three high secure hospitals are approved for use in each of them if they are proposed for use in the same environment and are from the same supplier.
- 9.2 Tests should be carried out in conjunction with representatives from security, estates and internal stakeholders, recorded by video and/or photographs, and a written report produced.
- 9.3 Each hospital should retain records of all testing undertaken and make it available to other high secure hospitals on request.
- 9.4 Each hospital should ensure that the life-cycle integrity of materials and components is considered, and should retain records on the long-term performance and deterioration of components and materials.

High secure building design guide – Overarching principles for Ashworth, Broadmoor, Rampton Hospitals

References

Data Protection Act 1998.

www.opsi.gov.uk/Acts/Acts1998/ukpga_19980029_en_1

Human Rights Act 1998.

www.opsi.gov.uk/ACTS/acts1998/ukpga_19980042_en_1

The National Suicide Prevention Strategy for England.

DH, 2002.

www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009474

NOMS Physical and Special Security Guide No 2 – Entry building

NOMS Physical and Special Security Guide No 4 – Perimeter security

[NOMS guides can be obtained from a nominated administrator on each site.]

Safety and Security Directions for High Secure

Psychiatric Services (The Safety and Security in Ashworth, Broadmoor and Rampton Hospital Directions 2000, as amended by the Ashworth, Broadmoor and Rampton Directions 2003 (no 2) and 2002 (and as may be further amended from time to time)).

www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Mentalhealth/Policy/Mentalhealthsecureservices/index.htm

4.1 FORENSISCHE DACTS

Modelgetrouwheidsschaal voor Forensische Assertive Community Treatment Teams

2011

Referentie originele DACTS: Teague, G. B., Bond, G. R., & Drake, R. E. (1998). Program fidelity in assertive community treatment: Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 216-232.

Nederlandse vertaling originele DACTS: B.P. van Dijk, C.L. Mulder en B.J. Roosenschoon (Rotterdam 2004).

Aan de ontwikkeling van de Forensische DACTS hebben bijgedragen: Maaïke van Vugt, Caroline Place, Laura Neijmeijer.

Voor meer informatie over de toepassing van de FOR DACTS kunt u een mail sturen naar: info@ccaf.nl.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
TEAMSAMENSTELLING					
1. KLEINE CASELOAD (FOR_A ¹): cliënt/hulpverlener-verhouding van 8:1 (excl. psychiater en secr).	≥ 39	28 - 38	18 - 27	9 - 17	8 cliënten per 1 FTE hulpverlener of minder.
2. TEAM-BENADERING (FOR_T ²): de groep functioneert als team en niet als afzonderlijke professionals. Hulpverleners kennen en werken met alle cliënten.	Minder dan 10% cliënten heeft f-f contacten met meerdere stafleden per 2 weken.	10% - 36%	37% - 63%	64% - 89%	90% of meer van de cliënten heeft f-t-f contact met meerdere stafleden per twee weken.
3. TEAMBIJJEENKOMST: het team komt regelmatig bij elkaar om de (klinische) hulpverlening voor iedere cliënt door te nemen.	Bespreken van de hulpverlening per cliënt gebeurt tenminste 1 keer per maand of minder vaak.	Tenminste 2 keer per maand maar minder dan 1 keer per week.	Tenminste 1 keer per week maar minder dan 2 keer per week.	Tenminste 2 keer per week maar minder dan 4 keer per week.	Het team komt tenminste 4 keer per week bij elkaar en bespreekt telkens iedere cliënt ook al is dat kort.
4. TEAMLEIDER: teamleider verleent directe hulpverlening aan cliënten.	Teamleider verleent geen directe hulp.	Teamleider biedt bij zeldzame gelegenheden directe hulp als back-up.	Teamleider biedt regelmatig hulp bij wijze van back-up of minder dan 25% van de tijd.	Teamleider biedt hulp tussen 25% en 50% van de tijd.	Teamleider biedt hulp voor 50% van de tijd.
5. VERLOOP VAN HET PERSONEEL: behoud van personeel binnen het	Meer dan 80% verloop in twee jaar.	60% - 80% verloop in twee jaar.	40% - 59% verloop in twee jaar.	20% - 39% verloop in twee jaar.	Minder dan 20% Verloop in twee jaar.

¹ FOR_A= aanpassing bestaand item aan forensische situatie

² FOR_T= toelichting bij item voor forensische situatie, item is niet aangepast

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
team vanaf de start van het programma of van de afgelopen 2 jaar.					
6. PERSONEELS-BEZETTING: het programma werkt met een volledige personeelsbezetting.	Het team heeft de afgelopen 12 maanden of vanaf de start van het programma een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het programma heeft het afgelopen jaar of vanaf de start van het programma een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
7. PSYCHIATER (FOR_A): per 100 cliënten is ten minste 0,8 FTE psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 100 cliënten minder dan 0,10 FTE reguliere psychiater.	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten.	0,40 – 0,59 FTE per 100 cliënten.	0,60-0,79 FTE per 100 cliënten.	0,80 psychiater per 100 cliënten.
8. VERPLEEGKUNDIGE: per 100 cliënten zijn er ten minste twee fulltime verpleegkundigen aangesteld bij het team (1 jaar training/ervaring).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verpleegkundige per 100 cliënten.	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten.	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten.	Twee fulltime verpleegkundigen of meer bij een team met 100 cliënten.
9. VERSLAVINGSDESKUNDIGE: per 100 cliënten zijn er ten minste twee verslavingsdeskundigen (met tenminste 1 jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verslavingsdeskundige per 100 cliënten	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten	Twee FTE of meer met 1 jaar training of ervaring in de verslavingszorg
10. ARBEIDSDSKUNDIGE (FOR_T): per 100 cliënten zijn er tenminste twee hulpver-	Het team heeft minder dan 0,20 FTE arbeidsdeskundige per 100 cliënten	0,20 – 0,79 FTE per 100 cliënten	0,80 – 1,39 FTE per 100 cliënten	1,40 – 1,99 FTE per 100 cliënten	Twee FTE of meer met ten minste een jaar training of ervaring in arbeidsrehabilitatie en

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				(5)
	(1)	(2)	(3)	(4)	
leners gespecialiseerd in arbeidsrehabilitatie en ondersteuning (één jaar training of ervaring).					ondersteuning
11. PSYCHOLOOG (FOR_N ³): per 100 cliënten is er tenminste 1 FTE psychologen (met tenminste 1 jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,10 FTE per 100 cliënten psycholoog	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten	0,40 – 0,69 FTE per 100 cliënten	0,70 – 0,99 FTE per 100 cliënten	1 FTE of meer per 100 cliënten psycholoog
12. MAATSCHAPPELIJK EN/OFSOCIAAL JURIDISCH WERKER (FOR_N): per 100 cliënten is er tenminste 1 FTE maatschappelijk of sociaal juridisch werker (met tenminste 1 jaar training of ervaring).	Het team heeft voor 100 cliënten minder dan 0,10 FTE maatschappelijk/sociaal juridisch werker	0,10 – 0,39 FTE per 100 cliënten	0,40 – 0,69 FTE per 100 cliënten	0,70 – 0,99 FTE per 100 cliënten	Het team heeft 1 FTE maatschappelijk/sociaal juridisch werker of meer in dienst
13. TEAM OMVANG: de omvang van het team is voldoende om consistent de noodzakelijke diversiteit en dekking in de personeelsbezetting te kunnen bieden.	Het team heeft minder dan 2,5 FTE staf	2,5 - 4,9 FTE	5,0 - 7,4 FTE	7,5 - 9,9 FTE	Het team heeft ten minste 10 FTE staf
ORGANISATIE					
14. EXPLICIETE TOELA-TINGS-CRITERIA (FOR_T):	Het team heeft geen vaste criteria en	Het team heeft een algemeen gedefinieerde	Het team doet zijn best om een bepaalde groep	Het team zoekt actief en sereent verwijzingen	Het team werft actief een bepaalde populatie

³ FOR_N = nieuw forensisch item

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
het team heeft een duidelijk omschreven doelgroep met operationeel gedefinieerde toelatingscriteria om onterechte verwijzingen eruit te filteren.	neemt alle soorten gevallen op, hetgeen buiten het team om wordt bepaald.	taak, maar het toelatingsproces wordt gedomineerd door wat in de organisatie het beste uitkomt.	cliënten op te zoeken en te selecteren, maar neemt de meeste verwijzingen aan.	zorgvuldig, maar geeft soms toe aan druk vanuit de organisatie.	en alle gevallen voldoen aan expliciete toelatingscriteria op het moment van intake.
15. INSTROOM VAN CLIËNTEN: voor het behoud van een stabiliteit in de hulpverlening, neemt het team in een laag tempo cliënten aan.	De hoogste instroom van cliënten in de afgelopen 6 maanden is <i>groter dan</i> 15 cliënten/maand.	13 - 15	10 - 12	7 - 9	De hoogste instroom van cliënten in de afgelopen 6 maanden is <i>kleiner dan</i> 6 cliënten/maand.
16. MULTIDISCIPLINAIR ZORGAANBOD (FOR_A): het team biedt naast casemanagement: psychiatrische hulp (1) counseling/psychotherapie/psycho-educatie, (2), woonbegeleiding (3), verslavingsbehandeling (4), werkbegeleiding en revalidatiediensten (5), maatschappelijk/sociaal juridische dienstverlening (6).	Het team biedt alleen casemanagement.	Het team biedt naast casemanagement één van de zes andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement twee van de zes andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement drie of vier van de zes andere diensten en verwijst naar elders voor de overige.	Het team biedt naast casemanagement vijf of zes van de zes diensten aan.
17. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR CRISISDIENSTEN: het team draagt 24-uurs verantwoordelijkheid voor het reageren op psychiatrische crises.	Het team draagt geen verantwoordelijkheid voor crisishulp buiten kantooruren.	Acute/crisisdienst heeft een door het team gemaakt protocol voor cliënten van het team.	Het team is telefonisch bereikbaar, hoofdzakelijk om advies te geven.	Het team biedt back-up voor crisissituaties; d.w.z. programma wordt gebeld, neemt beslissing over directe hulpverlening.	Het team biedt 24-uurs crisissinterventie.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME: het team is betrokken bij de beslissing tot klinische opnames.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de beslissingen tot opname / (terug)plaatsing.	Het team is betrokken bij 5% - 34% van de beslissingen tot opnames / (terug)plaatsingen.	Het team is betrokken bij 35% - 64% van de beslissingen tot opnames/(terug)plaatsingen.	Het team is betrokken bij 65% - 94% van de beslissingen tot opnames / (terug)plaatsingen.	Het team is betrokken bij 95% of meer van de beslissingen tot opnames / (terug)plaatsingen.
19. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR PLANNING VAN ONTSLAG (FOR_A): het team is betrokken bij de planning van ontslag uit kliniek (GGZ of verslavingszorg), justitiële of forensische zorg instellingen.	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de ontslagen uit kliniek/justitiële/forensische instellingen.	5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	65% - 94% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	95% van het ontslag uit kliniek/justitiële/forensische instellingen van cliënten wordt gezamenlijk gepland met het team.
20. CONTINUE ZORG (FOR_N): het team blijft betrokken bij de cliënt als deze is opgenomen in de (forensische) GGZ, verslavingszorg of in detentie. (Indien wekelijks contact bij kortdurend, maar geen betrokkenheid bij langdurend: punt aftrek)	Cliënten worden tijdens opname/detentie niet bezocht of gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname/detentie gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per 3 à 4 weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie eenmaal per week bezocht door teamleden. Eventueel gaat het team met de cliënt af en toe naar huis. Bij langdurige opname in een justitiële setting waar geen zorg wordt verleend, behoudt het team enige betrokkenheid (vingeraan-de-pols contact met cliënt, monitoring/contact onderhouden met personeel, adviserend naar personeel).	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie eenmaal per week bezocht door teamleden. Eventueel gaat het team met de cliënt af en toe naar huis. Bij langdurige opname in een justitiële setting waar geen zorg wordt verleend, behoudt het team enige betrokkenheid (vingeraan-de-pols contact met cliënt, monitoring/contact onderhouden met personeel, adviserend naar personeel).

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>21. ZORG VOOR ONBE- PERKTE TIJD EN OVER- DRACHT (FOR_N):</p> <p>de cliënt wordt zo lang als nodig is in zorg gehouden bij het FOR ACT team. Als een cliënt niet langer ACT- zorg nodig heeft of als het delictisico van een cliënt dermate verminderd is dat zorg vanuit een regulier (F)ACT-team volstaat, zorgt het FOR ACT team voor een geleidelijke over- dracht. Het team houdt de eerste maanden na de overgang v-a-d-p en blijft langdurig beschikbaar voor consultatie.</p>	<p>Bij <50% van de cli- ënten die zijn uitge- schreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- delingsdoelen zijn behaald; - is de overdracht gelei- delelijk verlopen en gecontroleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie. 	<p>Bij 50-65% van de cli- ënten die zijn uitge- schreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- delingsdoelen zijn behaald; - is de overdracht gelei- delelijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie. 	<p>Bij 66-79% van de cli- ënten die zijn uitge- schreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- delingsdoelen zijn behaald; - is de overdracht gelei- delelijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie. 	<p>Bij 80- 95% van de cli- ënten die zijn uitge- schreven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- delingsdoelen zijn behaald; - is de overdracht gelei- delelijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie. 	<p>Bij >95% van de cliën- ten die zijn uitgeschre- ven:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is sprake van succes- vol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behan- delingsdoelen zijn behaald; - is de overdracht gelei- delelijk verlopen en ge- controleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor con- sultatie.
<p>22. RECLASSERING (FOR_N):</p> <p>het FOR ACT team werkt goed samen met Reclasse- ring. Dit komt als volgt tot uiting:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reclassering en FOR ACT team maken aan het begin van traject afspraken over rolverdeling, samen- werking en privacy; 2. Deze werkwijze en af- spraken staan op schrift. 3. Reclassering is aanwezig bij behandelplanbesprekin- 	<p>Er wordt aan geen/één van de zes criteria voldaan.</p>	<p>Er wordt aan twee crite- ria voldaan.</p>	<p>Er wordt aan drie-vier criteria voldaan.</p>	<p>Er wordt aan vijf criteria voldaan.</p>	<p>Er wordt aan alle crite- ria voldaan.</p>

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>gen;</p> <p>4. Bij begin traject: gezamenlijk kennismakingsgesprek met cliënt, Reclassering en FOR ACT team;</p> <p>5. Wederzijdse informatie-uitwisseling</p> <p>6. Er wordt gebruik gemaakt van de juridische hefboom (<i>leverage</i>).</p>					
<p>23. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: CASUISTIEK (FOR_N): het team heeft contact met (1) medewerkers van PI/HvB, (2) FPC, (3) politie/justitie, (4) FPK en / of FPA en/of KIB, (5) reclasering, (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie, (7) Veiligheidshuis.</p>	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met alle zeven ketenpartners.
<p>24. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: BELEID (FOR_N): het team heeft beleidsafspraken (over samenwerking, procedures, werkwijze en afstemming) op schrift met de volgende ketenpartners: (1) medewerkers van PI/HvB, (2)</p>	Het team heeft op beleidsniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met alle zeven ketenpartners.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
FPC, (3) politie/justitie, (4) FPK en / of FPA en/of KIB, (5) reclassering, (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie, (7) Veiligheidshuis.					
DIAGNOSTIEK EN ZORGAANBOD					
25. HULPVERLENING IN DE GEMEENSCHAP: het team werkt meer "on the spot" dan vanuit kantoor. Het ontwikkelen van vaardigheden in de gemeenschap (waar de cliënt zich bevindt), in plaats van in de instelling.	Minder dan 20% f-t-f contacten in de gemeenschap.	20% - 39%	40% - 59%	60% - 79%	80% of meer van de totale f-t-f contacten in de gemeenschap.
26. NO DROP-OUT (FOR_A): het team behoudt een hoog percentage van de cliënten. Hieronder vallen ook cliënten waarvan de strafrechtelijke zorg titel is vervallen en om die reden zijn uitgeschreven.	Minder dan 50% van de caseload blijft behouden in een periode van 12 maanden.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Meer dan 95% van de caseload blijft behouden in een periode van 12 maanden.
27. ASSERTIEVE HULPVERLENING (FOR_T): om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel bindende en assertieve technieken	Het team is passief bij werving en behouden van cliëntcontacten; maakt bijna nooit gebruik van bemoeizorg en juridische maatregelen.	Het team doet pogingen tot het behouden van contact met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveerde	Het team doet pogingen tot ousachende hulpverlening, maar maakt alleen gebruik van juridische maatregelen wanneer dat uitkomt.	Voor het behouden van het contact maakt het team gebruik van bijna alle middelen die tot hun beschikking staan.	Het team past consistent goed overdachte strategieën toe en maakt gebruik van bemoeizorg en juridische maatregelen,

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(bijv. inloop, verstrekken lunch) als juridische maatregelen (bijv., RM, IBS, budgetbeheer).		de cliënten.			wanneer dit ook nodig is.
28. INTENSITEIT VAN DE HULPVERLENING: naar behoefte, een hoog f-t-f gehalte van de hulpverlening.	Gemiddeld 15 minuten/week of minder f-t-f contact per cliënt.	15 – 49 minuten/week	50 – 84 minuten/week	85 – 119 minuten/week	Gemiddeld 2 uur/week of meer f-t-f contacten per cliënt.
29. CONTACT FREQUENTIE: naar behoefte een hoog aantal f-t-f contacten bij de hulpverlening.	Gemiddeld 1 f-t-f contact/week per cliënt of minder.	1 – 2 / week	2 – 3 / week	3 – 4 / week	Gemiddeld 4 of meer f-t-f contacten/week per cliënt.
30. SAMENWERKING MET HET STEUNSYSTEEM: al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van de cliënt: familie, huisbaas, werkgever.	Minder dan 0,5 contacten per maand per cliënt met steunsysteem.	0,5 – 1 contact per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	1 – 2 contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	2 – 3 contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.	Vier of meer contacten per maand per cliënt met steunsysteem in de gemeenschap.
31. INDIVIDUELE VERSLAVINGSZORG: een of meer leden van het team bieden directe behandeling voor verslavingsproblemen.	Het team biedt geen directe behandeling.	Het team reageert wisselend op verslavingsproblematiek en biedt geen formele individuele behandeling.	Hoewel het team enige behandeling voor verslaving integreert in het reguliere contact met cliënten, biedt het geen formele individuele behandeling.	Het team biedt enige formele individuele behandeling, maar steedt daar minder dan 24 minuten/week aan.	Het team biedt 24 minuten/week of meer aan formele behandeling voor verslaving.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. BEHANDELGROEPEN VOOR DUBBELE DIAGNOSE CLIËNTEN: het programma gebruikt groepsmodaliteiten als behandelstrategie voor mensen met verslavingsstoornissen.	Minder dan 5% van de cliënten woont per maand ten minste één bijeenkomst voor groepsbehandeling van verslaving bij.	5% - 19%	20% - 34%	35% - 49%	50% of meer van de cliënten met verslavingsstoornissen woont per maand ten minste één bijeenkomst voor groepsbehandeling van verslaving bij.
33. DUBBELE DIAGNOSE-MODEL (FOR_T): het programma gebruikt een stapsgewijs behandelmodel dat niet-confronterend is, gedragsprincipes volgt, interacties in aanmerking neemt tussen psychische ziekte en verslaving, en waarbij geleidelijk othouding wordt verwacht.	Programma is volledig gebaseerd op het traditionele model: confrontatie, verplichte onthouding, etc.	Programma gebruikt voornamelijk het traditionele model: verwijst naar afkickprogramma's; maakt gebruik van ontweningskuren en revalidatieprogramma's, erkent behoefte aan overredenen van cliënten in de ontkenningsfase die niet bij AA passen.	Programma gebruikt gemengd model: DD-principes in behandelplannen verwijst cliënten naar overredingsgroepen, gebruikt opnames voor revalidatie en verwijst naar afkickprogramma's.	Programma gebruikt voornamelijk DD-model: DD-principes in behandelplannen; overredings- en actieve behandelgroepen (bijvoorbeeld de erkende leefstijltraining), geen opname voor revalidatie of voor afkicken tenzij medisch noodzakelijk.	Programma is volledig gebaseerd op DD-behandelprincipes, waarbij staf behandeling biedt.
34. RISICOTAXATIE (FOR_N): bij alle cliënten die in zorg zijn van het FORACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument.	20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Bij meer dan 80% van de cliënten die in zorg zijn van het FORACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een gestandaardiseerd instrument.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. FORENSISCHE INTERVENTIES: het team biedt trainingen aan op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Dit kan zowel groepsgewijs als individueel. Het team heeft daarnaast een aanbod voor delictspecifieke problemen als huiselijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar actief door.	Het team biedt zelf geen forensische interventies aan. Het team verwijst cliënten ook niet door.	Het team biedt geen interventies zelf aan. Het team heeft wel zicht op de beschikbaar- re interventies en verwijst cliënten door, maar biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team biedt forensi- sche interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.	Het team biedt forensi- sche interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.	Het team biedt forensi- sche interventies aan en bereikt daarmee meer dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.
36. PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES (FOR_IN): het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies en traumabehandeling.	Het team heeft geen aanbod en verwijst ook niet door.	Het team heeft geen aanbod maar verwijst cliënten wel actief door.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies OF traumabehandeling.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling, maar bereikt daarmee in totaal niet meer dan 15% van de cliënten.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling en bereikt daarmee in totaal >15% van de cliënten.
37. DE ROL VAN CLIËNTEN IN HET TEAM/ERVARINGSDESKU NDIGE: er zijn ervaringsdeskundigen lid van het team die directe hulp bieden.	Ervaringsdeskundigen zijn niet betrokken bij bieden van hulp binnen het team.	Ervaringsdeskundigen vervullen cliëntspecifieke rollen in programma (bijv. zelfhulp).	Ervaringsdeskundigen werken parttime als case-manager met beperkte verantwoordelijkheid.	Ervaringsdeskundigen werken fulltime als manager met beperkte verantwoordelijkheid.	Ervaringsdeskundigen werken fulltime als hulpverlener (bijv. casemanager) met volledige verantwoordelijkheid.
38. STRUCTURELE	Het team is vooral bezig	Veel aandacht gaat uit	Aandacht is er voor cri-	Aandacht is er voor cri-	Aandacht is er voor

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
AANDACHT VOOR HERSTEL (FOR_N): het team heeft structureel oog voor herstel. Dit blijkt uit de bordbespreking, de doelen van de cliëntcontacten van die dag en de (doelen in de) behandelplannen.	met het reageren op crisissen. Er is weinig tijd of aandacht voor de 'stabielere' cliënten.	naar het reageren op crisissen. Daarnaast heeft het team aandacht voor aanvullende behandeling.	sis, behandeling en herstel. Echter, herstel-doelen zijn alleen geformuleerd voor de 'stabieler' cliënten en/of te algemeen geformuleerd.	sis, behandeling en herstel. Herstel-doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt.	crisis, behandeling en herstel. Herstel-doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt. Cliënten worden gewaarden op lotgenotencontact en hersteelgroepen.
FOR DACTS ADDENDUM					
39. INDIVIDUELE SOMATISCHE ZORG: het team 1) biedt perodieke screening van somatische problemen, 2) heeft in de dagelijkse praktijk actief oog voor somatische problemen, 3) heeft de verantwoordelijkheden rond somatische zorg expliciet geregeld, 4) en begeleidt cliënten zo nodig naar somatische zorg.	Het team voldoet aan 0-1 criteria.	Het team voldoet aan 2 criteria.	Het team voldoet aan 3 criteria.	Het team voldoet aan de criteria, maar op één van de onderdelen is dit beperkt of niet systematisch (bijvoorbeeld slechts beperkte screening).	Het team voldoet aan de 4 criteria.
40. INDIVIDUEEL CRISISINTERVENTIE-PLAN: elke cliënt heeft een crisisinterventieplan dat na elke (psychiatrische) crisis en in ieder geval eens per jaar wordt geëvalueerd en zo nodig	20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan dat na elke (psychiatrische) crisis en eens per jaar wordt geëvalueerd en zo nodig wordt bijgesteld.

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>bijgesteld. Het plan is tevens beschikbaar is voor de crisisdienst.</p> <p>41. TERUGVAL-PREVENTIE-PLAN (FOR_N): het terugvalpreventieplan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - is gebaseerd op een beschrijving (dit kan een delictanalyse/ delictscenario zijn) van de aanleidingen en omstandigheden die de cliënt mogelijk weer tot delictgedrag kunnen aanzetten; - beschrijft per stadium de (vroeg) voortekenen van terugval en bijbehorende actie(s); - is met de cliënt opgesteld; - is niet ouder dan 1 jaar en na terugval bijgesteld. (Voor elke eis waarvan niet wordt voldaan: punt aftrek). 	<p>20% van de cliënten van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.</p>	<p>21-40% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.</p>	<p>41-60% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.</p>	<p>61-80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.</p>	<p>Meer dan 80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.</p>

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>42. TEAMGEEST: scoor de volgende onderdelen: - sfeer in het team (uitstekend, plezierig, hartelijk) - cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid) - gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team) - innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht) - burmout (minder dan 20% van de teamleden toort tekenen van burmout).</p>	<p>0 - 1 punt Het team is als los zand. Het maakt een uitgebluste, ongeïnspireerde, conflictueuze indruk</p>	<p>Het team scoort op 2 punten</p>	<p>Het team scoort op 3 punten</p>	<p>Het team scoort 4 punten</p>	<p>Het team scoort op 5 punten. Het team maakt een enthousiasmerende, gemotiveerde, hardwerkende, vastberaden indruk</p>

TRIMBOS-INSTITUUT

60

Algemene Organisatie Index (GOI) voor (FOR)ACT

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
<p>G1 PROGRAMMAFILOSOFIE Het programma heeft een helder verwoorde filosofie die overeen komt met het (FOR) ACT-model, gebaseerd op de volgende vijf bronnen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Projectleider • Klinisch/zorginhoudelijk leidinggevende • Hulpverleners • Cliënten en/of familieleden • Geschreven materiaal 	Niet meer dan 1 van de 5 bronnen aan de (FOR)ACT filosofie te toont aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF alle bronnen hebben talrijke tegenstrijdigheden	2 van de 5 bronnen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF alle bronnen hebben talrijke tegenstrijdigheden	3 van de 5 bronnen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF de meeste bronnen sluiten zich aan bij de filosofie maar hebben één belangrijke tegenstrijdigheid	4 van de 5 bronnen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen OF de meeste bronnen sluiten zich aan bij de filosofie maar hebben één of twee kleine tegenstrijdigheden	Alle 5 de bronnen tonen aan de (FOR)ACT filosofie te begrijpen en tonen betrokkenheid
<p>G2 TOELATING/SCREENING VAN CLIËNTEN Bij alle cliënten van het team met een ernstige psychiatrische stoornis wordt nagegaan of zij in aanmerking komen voor forensisch ACT. Dit vraagt routinematig bespreken van cliënten, gebaseerd op criteria die samenhangen met FORACT, gebruikmakend van de gestandaardiseerde tools of toelatingscriteria. Ook de instelling brengt geschikte cliënten op een systematische manier in beeld.</p>	≤ 20% van de cliënten wordt gestandaardiseerd en/of instelling spoort geschikte cliënten niet systematisch op	21-40% van de cliënten wordt gestandaardiseerd en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op	41-60% van de cliënten wordt gestandaardiseerd en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op	61-80% van de cliënten wordt gestandaardiseerd en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op	> 80% van de cliënten wordt gestandaardiseerd en de instelling spoort geschikte cliënten systematisch op
<p>G3 WACHTLIJST (FOR_A) De wachtlijst voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingscriteria voldoen is in het afgelopen jaar minder dan 1 maand geweest.</p>	De wachtlijst is langer dan 4 maanden	<4 maanden	<3 maanden	<2 maanden	< 1 maand

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G4 ASSESSMENTS Alle cliënten ontvangen volledig gestandaardiseerde, kwalitatief hoogwaardige, uitgebreide en tijdige assessments. Assessments bevatten de geschiedenis en behandeling van medische en psychiatrische stoornissen, delictgeschiedenis, druggebruik, de huidige stand van alle stoornissen, werkgeschiedenis, aanwezigheid huidig netwerk en evaluatie van de biopsychosociale risicofactoren.	Assessments zijn volledig afwezig of helemaal niet gestandaardiseerd	Assessments voldoen aan niet aan twee van de volgende kenmerken: standaardisatie, kwaliteit van de assessments, tijdige assessments, uitgebreidheid	Assessments voldoen aan niet aan één van de volgende kenmerken: standaardisatie, kwaliteit van de assessments, tijdige assessments, uitgebreidheid	61-80% van de cliënten ontvangen ten minste elk jaar gestandaardiseerde, kwalitatief hoogwaardige assessments of de informatie over een OF twee kenmerken van assessment domeinen zijn gebrekkig	> 80% van de cliënten ontvangen gestandaardiseerde, kwalitatief hoogwaardige assessments, de informatie over alle kenmerken van assessment is uitgebreid en wordt ten minste elk jaar herzien
G5 INDIVIDUEEL BEHANDELPLAN Elke cliënt heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en is gebaseerd op assessments en het wordt elke 12 maanden herzien.	≤ 20% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien	21-40% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien	41-60% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien OF alle individuele behandelplannen worden elke 6 maanden herzien	61-80% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien	> 80% van de cliënten heeft een duidelijk, op het individu afgestemd behandelplan dat samenhangt met FORACT en elke 12 maanden wordt herzien

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
<p>G6 DOELEN PREVENTIE CRIMINEEL GEDRAG (FOR_N)</p> <p>In ieder behandelplan zijn individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag benoemd met aandacht voor individuele risicofactoren.</p>	≤ 20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag zijn bij meer dan 80% van de cliënten in het behandelplan terug te vinden.
<p>G7 INDIVIDUELE BEHANDELING</p> <p>Alle cliënten krijgen een individuele behandeling die aansluit bij de doelen van de cliënt en (FOR)ACT.</p>	≤ 20% van de cliënten	21-40% van de cliënten	41-60% van de cliënten	61-80% van de cliënten	> 80% van de cliënten krijgt een individuele behandeling die aansluit bij de doelen van de cliënt en FO-RACT
<p>G8 TRAINING ACT</p> <p>Alle nieuwe teamleden ontvangen binnen twee maanden een standaard training in (FOR) ACT (workshop van tenminste 2 dagen of iets soortgelijks). Aangestelde teamleden krijgen jaarlijks een opfris cursus (een workshop van tenminste 1 dag of iets soortgelijks).</p>	≤ 20% van de teamleden krijgen gestandaardiseerde training	21-40% van de teamleden krijgen gestandaardiseerde training	41-60% van de teamleden krijgen gestandaardiseerde training	61-80% van de teamleden krijgen gestandaardiseerde training	> 80% van de teamleden krijgt jaarlijks gestandaardiseerde training

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G9 SUPERVISIE Teamleden hebben gestructureerde, wekelijkse supervisie met degene die ervaring heeft met (FOR)ACT. De supervisie vindt groepsgewijs of individueel plaats. Tijdens de supervisie moet de cliënt centraal staan en de supervisie moet zich expliciet richten op (FOR)ACT en z'n toepassing bij specifieke cliënt situaties.	≤ 20% van de teamleden krijgt supervisie	21-40% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij de cliënt centraal staat OF teamleden krijgen supervisie op informele basis	41-60% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij de cliënt centraal staat OF alle teamleden krijgen maandelijks supervisie	61-80% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij de cliënt centraal staat OF alle teamleden krijgen 2 keer per maand supervisie	> 80% van de teamleden krijgt gestructureerde, wekelijkse supervisie waarbij gefocust wordt op specifieke cliënten, in bijeenkomsten waar duidelijk (FOR) ACT en de implementatie van (FOR) ACT aan de orde worden gesteld
G10 HET PROCES MONITOREN Supervisors/Projectleiders monitoren het implementatieproces van (FOR)ACT elke 6 maanden en gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt volgens een standaard aanpak, bijvoorbeeld gebruik van de fidelity schaal of een andere uitgebreide set van indicatoren.	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord	Bij het proces monitoren wordt niet voldaan aan 2 van de volgende 3 criteria: 1) uitgebreid en gestandaardiseerd, 2) elke 6 maanden, 3) gebruikt om het programma te verbeteren of er wordt jaarlijks gestandaardiseerd gemonitord	Bij het proces monitoren wordt niet voldaan aan 1 van de volgende 3 criteria: 1) uitgebreid en gestandaardiseerd, 2) elke 6 maanden, 3) gebruikt om het programma te verbeteren	Gestandaardiseerd, uitgebreid het proces monitoren gebeurt toren minste elke 6 maanden en het wordt gebruikt om het programma te verbeteren

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
G11 UITKOMSTEN MONITOREN/ ROM Supervisors/Projectleiders monitoren de uitkomsten van de cliënten elke maanden en koppelen de gegevens terug naar de teamleden. Het monitoren gebeurt d.m.v. een standaard aanpak om tot een centrale maat te komen die voldoet aan de doelen van (FOR)ACT.	Er worden geen uitkomsten gemonitord.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord, maar de resultaten worden niet gedeeld met de teamleden.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord en resultaten worden gedeeld met de teamleden.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord, de resultaten worden gedeeld met de teamleden en op cliëntniveau worden de gegevens gebruikt.	Uitkomsten worden tenminste eens per jaar gemonitord, de resultaten worden gedeeld met de teamleden, op cliëntniveau en geaggregeerd niveau worden de gegevens gebruikt.
G12 KWALITEITSBEWAKING De instelling heeft een kwaliteitsfunctionaris of implementatiestuurgroep met een duidelijk plan om (FOR)ACT of elementen van (FOR)ACT elke 6 maanden te beoordelen	Er vindt geen beoordeling plaats OF er is geen kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep	Er is een kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep maar er heeft nog geen beoordeling plaatsgevonden	Een duidelijke beoordeling vindt minder dan eens per jaar plaats OF de beoordeling is kunstmatig	Een duidelijke beoordeling vindt elk jaar plaats	Een duidelijke beoordeling wordt elke 6 maanden uitgevoerd door de kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep
G13 KEUZEMOGELIJKHEDEN VOOR DE CLIËNT WAT BETREFT DE HULPVERLENING Alle cliënten krijgen keuzemogelijkheden, de teamleden houden rekening met en houden zich aan de voorkeuren van de cliënt bij het verlenen van hulpverlening en begeleiding	Hulpverlening waarbij de cliënt centraal staat komt niet voor (of alle beslissingen worden gemaakt door het personeel)	Een paar bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen	De helft van de bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen	De meeste bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen OF de instelling omarmt de keuze van de cliënt volledig op één uitzondering na	Alle bronnen zijn het erover eens dat het soort en de frequentie van de teamleden de keuze van de cliënt weerspiegelen

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	1	2	3	4	5
<p>G14 SCHOLING FORENSISCHE DESKUNDIGHEID (FOR_N)</p> <p>Het team is in de afgelopen 2 jaar forensisch (bij-) geschoold in (1) risicotaxatie/delictanalyse (2) terugvalpreventie / risicomangement (3) omgaan met agressief / acting out gedrag (4) juridische kennis (5) motiverende gespreksvoering, (6) herstelondersteunende zorg en (7) LVG. Het gaat per deskundigheid om scholing van minimaal 1 dag. Indien < 50% van het team in de afgelopen 2 jaar in een bepaalde deskundigheid is geschoold, gaat er een punt af.</p>	Het team is in de afgelopen twee jaar afgegaan van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar afgegaan van 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar afgegaan van 3 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar afgegaan van 4 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar afgegaan van minstens 5 van de 7 deskundigheden.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011



4.2 Scoreformulier Forensische FACTschaal

Het intellectueel eigendom van de FACTschaal en het Scoreformulier berust bij Stichting CCAF. Aan de ontwikkeling van de (originele) FACTschaal hebben bijgedragen: Michiel Bähler, Remmers van Veldhuizen, Maaike van Vugt, Philippe Delespaul, Hans Kroon, John Lardinois, Miels Mulder. Aan de ontwikkeling van de Forensische FACTschaal hebben bijgedragen: Maaike van Vugt, Caroline Place, Laura Neijmeijer.

Voor meer informatie over de toepassing van de FOR FACTschaal kunt u een mail sturen naar: info@ccaf.nl.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Datum:

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Teamstructuur	1	2	3	4	5
1. KLEINE CASELOAD (FOR_A ⁴) Cliënt/hulpverlener-verhouding van 13:1 (incl. psychiater, excl. secretariële ondersteuning, psychiater i.o. voor de helft).	≥ 39 cliënten/hulpverlener of meer.	32-38	24 - 31	14 - 23	Maximaal 13 cliënten/hulpverlener.
2. PERSONEELSBEZETTING Het programma werkt met een volledige personeelsbezetting, dwz een minimum aan vacatures.	Het team heeft de afgelopen 12 maanden een bezettingsgraad gehad van minder dan 50%.	50% - 64%	65% - 79%	80% - 94%	Het programma heeft het afgelopen jaar een bezettingsgraad gehad van 95% of meer.
3. TEAMVERBAND De teamleden hebben een enkel en substantieel dienstverband voor het team. (aantal fte / teamleden) (incl psychiater, excl secretarieel personeel).	Gemiddeld lager dan < 0.5	Gemiddeld tussen 0.5 en 0.59	Gemiddeld tussen 0.6 en 0.69	Gemiddeld tussen 0.7 en 0.79	Gemiddeld 0.8 of hoger.
4. PSYCHIATER (FOR_A) Per 200 cliënten is tenminste 0.8 FTE psychiater aangesteld bij het team.	Het team heeft voor 200 cliënten minder dan 0,20 FTE psychiater.	0,20 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0.60-0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft voor 200 cliënten 0,8 FTE psychiater in dienst.
FOR_A 5. PSYCHOLOOG (FOR_A)	Het team heeft minder dan 0,1	0,10-0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4-0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70-0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 1

⁴ FOR_A= aanpassing bestaand item aan forensische situatie

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Datum:

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Het team heeft tenminste een FTE psycholoog aangesteld per 200 cliënten.	FTE psycholoog verbonden aan het team.				FTE psycholoog of meer in dienst.
6. ERVARINGSWERKER Het team heeft tenminste 0,8 FTE ervaringswerker aangesteld per 200 cliënten.	Het team heeft minder dan 0,2 FTE ervaringswerker verbonden aan het team	0,2 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,59 FTE per 200 cliënten.	0,6- 0,79 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 0,8 FTE ervaringswerker of meer in dienst
7. MAATSCHAPPELIJK WERKER en/of SPH, SOC. JUR DIENSTV. (FOR_A) Het team heeft tenminste een MW, SPH of SJD aangesteld (1 FTE op 200 cliënten) (of specifieke kennis over sociaal juridische aspecten bij een ander teamlid).	Het team heeft minder dan 0,1 FTE MW, SPH of SJD verbonden aan het team	0,1 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,4 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70- 0,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft op 200 cliënten 1 FTE MW, SPH of SJD of meer in dienst.
8. VERPLEEGKUNDIGE Per 200 cliënten zijn er ten minste vier FTE verpleegkundigen aangesteld bij het team (1 jaar training/ervaring), waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.	Het team heeft minder dan 1 FTE verpleegkundige per 200 cliënten.	1 –1,99 FTE per 200 cliënten.	2 – 2,99 FTE per 200 cliënten.	3 FTE of meer per 200 cliënten.	Vier FTE verpleegkundigen of meer bij een team met 200 cliënten, waarvan tenminste twee SPV/verpleegkundig specialist.
9. PERSOONLIJK BEGELEIDER. Het team heeft minimaal 6 FTE	Het team heeft minder dan 3 FTE	Het team heeft minder dan 4 FTE	Het team heeft minder dan 5 FTE	Het team heeft minder dan 6 FTE	Het team heeft tenminste 6 FTE

TRIMBOS-INSTITUUT

69

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
aan 'persoonlijk begeleiders' voor 200 cliënten. ⁵	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders per 200 cliënten.	aan persoonlijk begeleiders voor 200 cliënten
10. VERSLAVINGS-DESKUNDIGHEID Per 200 cliënten zijn er tenminste twee FTE hulpverleners met verslavingsdeskundigheid (met tenminste 1 jaar specifieke training of ervaring in verslavingszorg en tenminste jaarlijkse bijscholing).	Het team heeft minder dan 0,20 FTE verslavingsdeskundigheid per 200 cliënten.	0,20 – 0,79 FTE per 200 cliënten.	0,80 – 1,39 FTE per 200 cliënten.	1,40 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Twee FTE of meer met 1 jaar training of ervaring in de verslavingszorg en jaarlijkse bijscholing op dit gebied.
11. ARBEIDSDESKUNDIGE (FOR_T ⁶) Per 200 cliënten is er tenminste een FTE hulpverlener gespecialiseerd in het veld van arbeidsteunings- en ondersteuning (één jaar training of ervaring).	Het team heeft minder dan 0,10 FTE arbeidsdeskundige per 200 cliënten.	0,10 – 0,39 FTE per 200 cliënten.	0,40 – 0,69 FTE per 200 cliënten.	0,70 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	Een FTE of meer gespecialiseerde hulpverlener in arbeidsteunings- en ondersteuning met tenminste een jaar training of ervaring in arbeidsteunings- en ondersteuning.
12. SPECIALIST REHABILITATIE/HERSTEL	Het team heeft minder dan 0,50	0,50 – 0,99 FTE per 200 cliënten.	1,00 – 1,49 FTE per 200 cliënten.	1,50 – 1,99 FTE per 200 cliënten.	Het team heeft tenminste twee

⁵ Deze vraag betreft aantal medewerkers dat optreedt als persoonlijk begeleider voor >10 cliënten. Dit kunnen verschillende disciplines zijn.

⁶ FOR_T= toelichting bij item voor forensische situatie, item is niet aangepast

Programma:	Datum:				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
In het team zijn tenminste twee FTE aan hulpverleners aanwezig die zijn opgeleid in een revalidatiemethodiek en/of herstelondersteunende zorg, dit toepassen op verschillende domeinen en een duidelijke adviserende en stimulerende rol hebben t.a.v. andere teamleden.	FTE per 200 cliënten.				FTE hulpverleners revalidatie/herstel.
13. RECLASSERING (FOR_M) Het FOR FACT team werkt goed samen met Reclassing. Dit komt als volgt tot uiting: 1. Reclassing en FOR ACT team maken aan het begin van traject afspraken over rolverdeling, samenwerking en privacy; 2. Deze werkwijze en afspraken staan op schrift. 3. Reclassing is aanwezig bij behandelplanbesprekingen; 4. Bij begin traject: gezamenlijk kennismakingsgesprek met cliënt, Reclassing en FOR ACT team; 5. Wederzijdse informatie-uitwisseling 6. Er wordt gebruik gemaakt van de juridische hefboom (e-verage).	Er wordt aan geen/één van de zes criteria voldaan.	Er wordt aan twee criteria voldaan.	Er wordt aan drie of vier criteria voldaan.	Er wordt aan vijf criteria voldaan.	Er wordt aan alle criteria voldaan.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Teamproces					
14. TEAMBENADERING (FOR_T) Alle cliënten in een FOR FACT team zien meer dan 4 teamleden per jaar (incl psychiater).	Minder dan 10% cliënten heeft een-op-een contacten met meer dan 4 teamleden per jaar.	10% - 36% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	37% - 63% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	64% - 89% van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.	90% of meer van de cliënten heeft een-op-een contact met meer dan 4 teamleden per jaar.
15. SHARED CASELOAD TIJDENS ZORGINTENSIVERING Het team functioneert als een groep en niet als afzonderlijke professionals. Hulpverleners kennen en werken met alle cliënten op het bord.	Minder dan 10% cliënten die intensieve zorg krijgen heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	10% - 36% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	37% - 63% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	64% - 89% van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.	90% of meer van de cliënten heeft face to face contact met minstens 3 teamleden per 2 weken.
16. FOR FACTBORDOVERLEG Het team komt door de weeks dagelijks bij elkaar om de hulpverlening voor iedere cliënt die op het 'bord' staat te plannen en door te nemen.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 1 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 2 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 3 keer per week.	Bespreken van de intensieve hulpverlening per cliënt gebeurt 4 keer per week.	Het team komt 5 keer per week bij elkaar en bespreekt de cliënten die op het bord staan.
17. OPKOMST MULTIDISCIPLINAIR FOR FACTBORD OVERLEG Bij de bespreking van het FACT bord zijn in principe alle op die dag werkzame teamleden aanwezig. (Score- instructie: als opkomstpercentage wordt gehaald maar psychiater niet vol-	De opkomst van de teamleden is < 60% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 60% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 70% inclusief psychiater.	De opkomst van de teamleden is minimaal 80% inclusief psychiater.	De opkomst bij het FOR FACT -overleg is minimaal 90% inclusief psychiater.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
doende aanwezig, punt aftrek					
18. BEHANDELPLANBIJJEEN-KOMST - OPKOMST Het behandelplan wordt multidisciplinair (ten minste 4 verschillende disciplines) vastgesteld	< 50% van de behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld	50%-69%	70%-79%	80%- 89%	90% of meer behandelplannen wordt multidisciplinair vastgesteld
19. BEHANDELPLANBIJJEEN-KOMST - CLIENT De behandelplannen worden vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt, tenzij er sprake is van contra-indicatie.	< 50% van de behandelplannen wordt vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt (tenzij sprake van contra-indicatie) .	50-69%	70-79%	80-89%	90% of meer behandelplannen wordt vastgesteld in aanwezigheid van de cliënt (tenzij sprake van contra-indicatie).
20. TEAMLEIDER - levert regelmatig (30% >) directe hulpverlening aan cliënten als teamlid - bewaakt actief de toepassing van het FACT-model - is altijd aanwezig bij het FACT-overleg - is aanwezig bij behandelplanbesprekingen	Teamleider voldoet aan geen van de 4 criteria	Teamleider doet aan 1 criterium.	Teamleider voldoet aan 2 criteria.	Teamleider voldoet aan 3 criteria.	Teamleider voldoet aan alle criteria.
21. CRITERIA VOOR PLAATSIJNG OP FOR FACT-BORD (FOR_A)	Het team voldoet aan 1-3 criteria.	Het team voldoet aan 4-5 criteria.	Het team voldoet aan 6-7 criteria.	Het team voldoet aan 8-9 criteria.	Het team voldoet aan 10-11 criteria.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Datum:

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Het team hanteert helder omschreven criteria voor het plaatsen van cliënten op het FOR FACT-bord:

(1) Toename van symptomen/crisis, (2) overlast, (3) verwaarlozing, (4) niet houden aan afspraken, (5) zorgmijdend gedrag, (6) cliënten die regelmatig worden opgenomen, (7) na opname, (8) intensivering van behandeling (bijv. instellen nieuwe medicatie), (9) life events, (10) nieuwe cliënten, (11) dreiging delictgedrag.

ria.

22. PROCEDURE PLAATSING FOR FACTBORD (FOR_A) Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het opnemen van cliënten met acute extra zorgbehoefte en/of extra beveiligingsbehoefte op het FOR FACT-bord, waarin de volgende onderdelen zijn opgenomen: (1) Ieder teamlid kan een cliënt op het FOR FACT-bord plaatsen, (2) inwerking treden van crisisplan, (3) cliënt	Het team geen omschreven procedure, maar kan mondeling de werkwijze toelichten en van de 5 onderdelen zijn er minimaal 2 in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen procedure maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en minimaal 3 van de 5 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen procedure omschreven, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en in de praktijk zijn de 5 onderdelen zichtbaar.	Het team heeft een omschreven procedure met daarin alle 5 de onderdelen, welke ook in de praktijk gehanteerd wordt.
--	--	---	--	---

⁷ geldt niet voor cliënten die om een andere reden zoals zorgmijdend zonder overlast op het bord staan.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

en netwerk worden geïnformeerd, (4) psychiater beoordeelt medicatie en het team beoordeelt (delict)gevaar, binnen 2 dagen, (5) zo nodig melding naar 7 x 24 uur dienst, kliniek, Reclassering en Veiligheidshuis.

23. PROCEDURE FOR FACTBORD AF (FOR_A) Er wordt een beschreven procedure gehanteerd voor het van het FOR FACT bord afhalen van cliënten, waarin de volgende stappen of acties zijn opgenomen: (1) deze beslissing vindt plaats door het team tijdens het FOR FACT overleg, (2) de cliënt wordt geïnformeerd, (3) de periode wordt op effectiviteit en tevredenheid geëvalueerd met team, (4) en met de cliënt en diens naasten, (5) zo nodig wordt het crisisplan en/of terugvalpreventieplan bijgesteld (6) en wordt het behandelplan aangepast.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 2 zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 3 zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn er minimaal 4 in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft geen omschreven procedure, maar mondeling kan men de werkwijze toelichten en van de 6 onderdelen zijn in de praktijk zichtbaar.	Het team heeft een beschreven procedure welke ook in de praktijk gehanteerd wordt, met daarin minimaal 5 van de beschreven onderdelen.
24. CONTACTFREQUENTIE BORD Cliënten op het FOR	Gemiddeld 1 f-t-f contact/week per	1 - 2 / f-t-f p/week	2 - 3 / f-t-f p/week	3 -4 / f-t-f p/week	Gemiddeld 4 of meer f-t-f con-

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

FACT-bord worden frequent bezocht. (Bespreek 5 casussen van het bord.)	cliënt of minder.	tacten/week per cliënt.			
25. CONTACTFREQUENTIE NIET-BORD Cliënten die niet op het bord staan worden regelmatig door het team gezien.	Gemiddeld minder dan 1 f-t-f contact per vier weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per drie weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per twee weken	Gemiddeld 1 f-t-f contact per week	
Diagnostiek, behandeling en interventies					
26. MULTIDISCIPLINAIRE PRACTISCHE ZORG (FOR_A) Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding: (1) op het gebied van ADL en HDL, (2) naar instanties, (3) naar familiecontacten, (4) buurt, etc, (5) bij financiën en administratie, (6) bij mediatiegebruik, (7) maatschappelijke/sociaal juridische dienstverlening.	Het team biedt geen outreachende praktische individuele begeleiding maar biedt 1 onderdeel en besteedt de overige onderdelen uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 2-3 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 4 of 5 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt outreachende praktische individuele begeleiding op 6 van de 7 onderdelen en besteedt de overige zaken uit.	Het team biedt zelf outreachende praktische individuele begeleiding op alle 7 de onderdelen.
27. KENNISMAKING Nieuwe cliënten staan 3 weken op het bord zodat meerdere teamleden en verschillende disciplines hun beeld kunnen vormen.	Nee	Soms	Gestructureerd, resulterend in indruk van >3 teamleden	Idem met >4 teamleden Idem met >4 disciplines	

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
men en eventueel met de cliënt in gesprek kunnen gaan.					
28. INDIVIDUEEL BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een cliëntdossier waarin een behandelplan van minder dan 1 jaar oud is opgenomen.	60% of minder van de cliënten heeft een actueel behandelplan minder dan een jaar oud.	70%	80%	90%	95% of meer van de behandelplannen van de cliënten zijn minder dan een jaar oud.
29. INDIVIDUEEL CRISISINTERVENTIEPLAN Elke cliënt heeft een crisisinterventieplan.	20% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een crisisinterventieplan
30. TERUGVALPREVENTIEPLAN (FOR_N) Het terugvalpreventieplan: - is gebaseerd op een beschrijving (dit kan een delictanalyse/delictscenario zijn) van de aanleidingen en omstandigheden die de cliënt mogelijk weer tot delictgedrag kunnen aanzetten; - beschrijft per stadium de (vroeg) voortekenen van terugval en bijbehorende actie(s); - is met de cliënt opgesteld; - is niet ouder dan 1 jaar en na terugval bijgesteld.	20% van de cliënten van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	21-40% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	41-60% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	61-80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.	Meer dan 80% van de cliënten heeft een terugvalpreventieplan dat voldoet aan de 4 eisen.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(Voor elke eis waaraan niet wordt voldaan: punt aftrek.) 31. DOELEN PREVENTIE CRIMINEEL GEDRAG (FOR_N) In ieder behandelplan zijn individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag benoemd met aandacht voor individuele risicofactoren.	≤ 20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Individuele doelen gericht op preventie van grensoverschrijdend/crimineel gedrag zijn bij meer dan 80% van de cliënten in het behandelplan terug te vinden.
32. INDIVIDUEEL REHABILITATIE-/ HERSTELPLAN In ieder behandelplan zijn individuele rehabilitatie- / herstel doelen benoemd op verschillende domeinen, in begrijpelijke taal en met aandacht voor individuele behoeften, eigen wensen en kwaliteiten van de cliënt.	20% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- en herstel doelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een behandelplan waarin individuele rehabilitatie- herstel doelen zijn geformuleerd op verschillende domeinen.
33. KOPIE BEHANDELPLAN Iedere cliënt heeft een kopie van het behandelplan (cliënten die aangeven daar geen prijs op te stellen niet meegerekend)	20% van de cliënten heeft een behandelplan	21-40%	41-60%	61-80%	Meer dan 80% van de cliënten heeft een kopie van het behandelplan
34. MEDICATIEBELEID	Medicatie wordt	Minimaal één	Door het jaar	Door het jaar	Er wordt gepro-

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Programma: Datum:

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	aangepast op geleide van klachten en vragen.	maal per jaar vindt er met de cliënt een evaluatie plaats over de medicatie	heen is er continu aandacht voor de werking en bijwerking van medicatie.	heen is er continu aandacht voor de werking en bijwerking van medicatie en vindt zodig uitleg plaats door de psychiater en persoonlijk begeleider.	tocolleerd gewerkt en er vindt structurele informatie plaats.
35. PSYCHO-EDUCATIE	Deze interventie vindt plaats op geleide van klachten en vragen.	Voor deze interventie worden cliënten van het team verwezen naar een ander organisatie onderdeel.	Deze interventie wordt individueel aangeboden door het eigen team, maar groepsgevijs wordt verwezen naar elders.	Deze interventie wordt zowel individueel als groepsgevijs door het eigen team.	Deze interventie wordt volgens de richtlijn aangeboden.
36. FORENSISCHE INTERVENTIES (FOR_N): het team biedt trainingen aan op het gebied van agressieregulatie, impulsregulatie of emotieregulatie. Dit kan zowel groepsgevijs als individueel. Het team heeft daarnaast een aanbod voor delictspecifieke problemen als huiselijk geweld of zedenproblematiek of verwijst hiernaar actief door.	Het team biedt zelf geen forensische interventies aan. Het team verwijst cliënten ook niet door.	Het team heeft wel zicht op de beschikbare interventies en verwijst cliënten door, maar biedt hierbij geen actieve begeleiding.	Het team verwijst door naar de overige interventies en biedt hierbij actieve begeleiding.	Het team biedt forensische interventies aan, maar bereikt daarmee minder dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.	Het team biedt forensische interventies aan en bereikt daarmee meer dan de helft van de cliënten. Het team verwijst en begeleidt actief naar specifieke interventies of biedt deze ook zelf aan.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. PSYCHOLOGISCHE INTERVENTIES (FOR_N): het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies en traumabehandeling.	Het team heeft geen aanbod en verwijst ook niet door.	Het team heeft geen aanbod maar verwijst cliënten wel actief door.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies OF traumabehandeling.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling, maar bereikt daarmee in totaal niet meer dan 15% van de cliënten.	Het team heeft een aanbod van cognitief gedragtherapeutische interventies EN traumabehandeling en bereikt daarmee in totaal >15% van de cliënten.
38. FAMILIE INTERVENTIE ⁸	Deze interventie is niet beschikbaar voor familieleden van cliënten van het team.	Minder dan 10% van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	Minder dan 20% van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	20% of meer van de familieleden maakt gebruik van deze interventie.	Er wordt aantoonbaar gewerkt volgens de toolkit familie psycho educatie en meer dan 20% of meer van de familieleden maakt hiervan gebruik.
39. ARBEIDSREHABILITATIE	Er is geen aandacht voor arbeidsrehabilitatie voor cliënten van het team.	Cliënten die gebruik maken van arbeidsrehabilitatie worden verwezen naar een ander team.	Er wordt systematisch gekeken naar arbeidsrehabilitatie. Cliënten worden verwezen	Cliënten maken gebruik van arbeidsrehabilitatie aangeboden door een specialist in	Deze interventie wordt aangeboden volgens de toolkit IPS; 15% van de caseload

⁸ Percentage over de afgelopen 2 jaar

Programma: Datum: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
		der organisatie onderdeel.	naar een ander onderdeel; 10% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	het eigen team; 15% van de caseload maakt gebruik van deze interventie.	maakt hiervan gebruik..
40. DUBBELE DIAGNOSE-MODEL (IDDT) (FOR_T) Het team gebruikt een stapsgewijs behandelmodel. In verschillende fasen van de behandeling worden verschillende interventies aangeboden. Het model is niet-confronterend, volgt gedragsprincipes, neemt inter-acties in aanmerking tussen psychiatrische stoornissen en verslaving, waarbij geleidelijke onthouding wordt verwacht.	Programma is volledig gebaseerd op het traditionele model: confrontatie, verplichte onthouding, etc.	Programma gebruikt voornamelijk het traditionele model: verwijst naar afkickprogramma's; maakt gebruik van ontwenning- en herhabilitatieprogramma's, erkent behoeften van cliënten in de ontkenning- en onthoudingsfase die niet bij AA passen.	Programma gebruikt gemengd model: DD-principes in behandelplannen verwijst cliënten naar overredings- en behandelgroepen, gebruikt opnames voor herhabilitatie en verwijst naar afkickprogramma's.	Programma gebruikt voornamelijk DD-model: DD-principes in behandelplannen; overredings- en actieve behandelgroepen, geen opname voor herhabilitatie of voor afkicken tenzij medisch noodzakelijk.	Er is een transmuraal IDDT programma, waarin het FOR FACT team zelf belangrijke delen van de behandeling geïntegreerd uitvoert.
41. INDIVIDUELE SOMATISCHE ZORG Het team biedt screening voor somatische zorg en zorgt er voor dat de cliënten afspraken op dit terrein nakomt.	Het team biedt geen screening voor somatische zorg.	Het team reageert wisselend op somatische problemen, maar biedt geen systematische screening en toeleiding naar somatische zorg.	Het team heeft oog voor somatische problematiek maar biedt geen systematische screening. Cliënten worden verwezen naar de huisarts en indien	Het team heeft systematisch aandacht somatische problematiek, maar kent geen formele screening. Cliënten worden verwezen naar de	Het team biedt structurele systematische screening voor somatische zorg en begeleidt cliënten (indien noodzakelijk) naar behandel-

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
			nodig begeleid naar de zorg.	huisarts en indien nodig begeleid naar de zorg.	ling.
Zorgorganisatie					
42. HANTERING TOELATINGSPROCEDURE FOR FACT TEAM (FOR_T) Cliënten worden volgens vaste procedure voor FOR FACT zorg geïndiceerd.	Er zijn geen vaste criteria voor toelating tot FOR FACT.	Er zijn wel criteria voor FOR FACT, maar er is geen procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie.	Er zijn duidelijke criteria en procedure en er is een indicatiecommissie die leidt tot <5% verkeerde indicaties.
43. WACHTLIJST De wachtlijst voor de instroom van nieuwe cliënten die aan de toelatingcriteria voldoen is in het afgelopen jaar minder dan 1 maand geweest.	De wachtlijst is langer dan 4 maanden	<4 maanden	<3 maanden	<2 maanden	< 1 maand
44. 24 UURS BEREIKBAARHEID EN CRISIS - Binnen kantooruren is indien noodzakelijk (crisis) het team binnen 2 uur beschikbaar; - In geval van crisis buiten kantoor uren zijn er goede (geprotocolleerde) afspraken met de acute/ crisisdienst; - Cliënten van het wijkteam	Het team kan niet adequaat reageren op crisis binnen kantooruren en heeft geen bereikbaarheid buiten kantooruren. Het team heeft geen afspraken met de 7	Het team scoort op één van de vier items.	Het team scoort op twee van de vier items.	Het team scoort op drie van de vier items.	Het team scoort op alle vier de items.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Datum:

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
kunnen 24 uur per dag met hun vragen terecht bij een geïnformeerde hulpverlener; - Het crisis- /signaleringsplan is beschikbaar bij de crisisdienst					
45. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR OPNAME Het team heeft het initiatief bij klinische opnames.	Minder dan 5% van de opnames worden door het team geïnitieerd.	5 % - 34% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	35 % - 64% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	65 % - 94% van de opnames worden geïnitieerd door het team.	95 % of meer van de opnames worden geïnitieerd door het team.
46. BED OP RECEIPT Het team kan voor haar cliënten makkelijk gebruik maken van een BOR-regeling.	Het team heeft geen afspraken met de opnameafdeling over een BOR regeling.		Het team kan sporadisch gebruik maken van een BOR-regeling.		Het team kan te allen tijde gebruik maken van een BOR.
47. CONTINUE ZORG (FOR_A) Het team blijft betrokken bij de cliënt als deze is opgenomen in de (forensische) GGZ, verslavingszorg of in detentie. (Indien wekelijks contact bij kortdurend, maar geen betrokkenheid bij langdurend: punt aftrek)	Cliënten worden tijdens opname/detentie niet bezocht of gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens opname/detentie gebeld door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per 3 à 4 weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie structureel eenmaal per twee weken bezocht door teamleden.	Cliënten worden tijdens kortdurende opname/detentie eenmaal per week bezocht door teamleden. Eventueel gaat het team met de cliënt af en toe naar huis. Bij langdurige opname in een justitiële setting waar geen zorg

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>48. VERANTWOORDELIJKHEID VOOR PLANNING VAN ONTSLAG (FOR_A) Het team is betrokken bij de planning van ontslag uit de kliniek (GGZ, verslavingszorg), justitiële of forensische zorginstellingen.</p>	Het team is betrokken bij minder dan 5% van de ontslagen uit kliniek/justitiële/forensische instellingen.	5% - 34% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	35% - 64% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	65% - 94% van het ontslag van cliënten gebeurt in samenwerking met het team.	95% van het ontslag uit kliniek/justitiële/forensische instellingen van cliënten wordt gezamenlijk gepland met het team.
<p>49. ZORG VOOR ONBEPERKTE TIJD EN OVERDRACHT (FOR_N): De cliënt wordt zo lang als nodig in zorg gehouden bij het FOR ACT team. Als een cliënt niet langer ACT-zorg nodig heeft of als het delictisico van een cliënt dermate verminderd is dat zorg vanuit een regulier (FACT)-team</p>	Bij <50% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandel	Bij 50-65% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandel	Bij 66-79% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandel	Bij 80- 95% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandel	Bij >95% van de cliënten die zijn uitgeschreven: - is sprake van succesvol ontslag, d.w.z. dat de (forensische) behandel

wordt verleend, behoudt het team enige betrokkenheid (vinger-aan-de-pols contact met cliënt, monitoring/contact onderhouden met personeel, adviserend naar personeel).

Programma: Datum: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>volstaat, zorgt het FOR ACT team voor een geleidelijke overdracht. Het team houdt de eerste maanden na de overgang v-a-d-p en blijft langdurig beschikbaar voor consultatie.</p>	<p>behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.</p>	<p>deldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.</p>	<p>deldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.</p>	<p>deldoelen zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.</p>	<p>zijn behaald; - is de overdracht geleidelijk verlopen en gecontroleerd; - is het team langdurig beschikbaar voor consultatie.</p>
<p>50. NO DROP-OUT (FOR_A) Het team behoudt het contact met de cliënten en schrijft geen cliënten uit zonder verwijzing. Onder drop-out vallen ook cliënten waarvan de strafrechtelijke zorg titel is vervallen en om die reden zijn uitgeschreven.</p>	<p>Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd geïmplementeerd. Dit gebeurde alleen bij cliënten die zonder overleg uit de regio zijn vertrokken met onbekende bestemming.</p>	<p>Het afgelopen jaar is de zorg aan cliënten gestaakt, zonder dat nazorg werd geïmplementeerd. Dit gebeurde alleen bij cliënten die zonder overleg uit de regio zijn vertrokken met onbekende bestemming.</p>	<p>Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, desondanks is in het afgelopen jaar > 8% uit zorg verdwenen.</p>	<p>Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, in het afgelopen jaar is niet meer dan 2% uit zorg verdwenen.</p>	<p>Zorg wordt nooit op negatieve gronden beëindigd (zonder adequate doorverwijzing) door het team, in het afgelopen jaar is niet meer dan 2% uit zorg verdwenen.</p>
<p>Maatschappelijke zorg</p> <p>51. OUTREACHEND Het team is gericht op ontwikkeling van vaardigheden in de samenleving, meer dan 80% van de contacten buiten de instel-</p>	<p>Minder dan 20% een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.</p>	<p>20% - 39%</p>	<p>40% - 59%</p>	<p>60% - 79%</p>	<p>80% of meer van de totale een-op-een contacten buiten het eigen kantoor.</p>

Programma: Datum: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

ling. (excl. psychiater / psycho-
loog)

52. OVERLEG EXTERNE PARTNERS Het team heeft overleg met: (1) thuiszorg, (2) woningcorporaties/wijkmeester, (3) wijkagent, (4) welzijnsinstellingen, (5) vrijwilligerswerk in de buurt .	Het team heeft de laatste 6 maanden geen overleg gehad met een van de organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met één van de organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met 2 organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met 3 organisaties.	Het team heeft de laatste 6 maanden overleg gehad met minimaal 4 organisaties.
53. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: CASUISTIEK (FOR_N) Het team heeft contact met (1) medewerkers van PI/HvB (2) FPC (3) politie/justitie (4) FPK en / of FPA en/of KIB (5) reclassering (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie (7) Veiligheidshuis.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op casuïstiekniveau overleg met alle zeven ketenpartners.
54. SAMENWERKING FORENSISCHE KETENPARTNERS: BELEID (FOR_N) Het team heeft beleidsafspraken (over samenwerking, procedures, werkwijze en afstemming) op schrift met de volgende ketenpartners: (1) medewerkers van PI/HvB, (2) FPC, (3) poli-	Het team heeft op beleidsniveau overleg met geen of één van de ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met twee of drie ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met vier of vijf ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met zes ketenpartners.	Het team heeft op beleidsniveau overleg met alle zeven ketenpartners.

© Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Datum:

Programma:

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>tie/justitie, (4) FPK en/of FPA en/of KIB , (5) reclassering, (6) forensische circuit binnen de eigen organisatie, (7) Veiligheidshuis.</p>					
<p>55. BINDEnde HULPVERLENIING (FOR_T) Om te zorgen voor blijvende betrokkenheid gebruikt het team zowel attractieve (inloop, huiskamer etc) – assertieve als juridische maatregelen indien noodzakelijk (RM, budgetbeheer etc).</p>	<p>Het team is passief bij het behouden van cliëntcontacten; maakt bijna nooit gebruik van attractieve en assertieve en juridische maatregelen.</p>	<p>Het team doet pogingen tot het behouden van contact met de cliënt, maar concentreert zich meestal op de meest gemotiveerde cliënten.</p>	<p>Het team maakt actief gebruik van één van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.</p>	<p>Het team maakt actief gebruik van twee van de drie vormen van bindende hulpverlening gericht op de zorgmijdende cliënten.</p>	<p>Het team past consistent goed overdachte strategieën toe en maakt gebruik van attractieve en assertieve zorg, en juridische maatregelen wanneer nodig is.</p>
<p>56. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM tTv INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team ondersteuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van de cliënt (familie, huisbaas, werkgever).</p>	<p>Bij minder dan 20% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.</p>	<p>Bij 20-39% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.</p>	<p>Bij 40-59% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.</p>	<p>Bij 60-79% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.</p>	<p>Bij ≥80% van de intensieve cliënten is contact met het steunsysteem geweest in de afgelopen maand.</p>
<p>57. SAMENWERKING MET HET INFORMELE STEUNSYSTEEM tTv MINDER INTENSIEVE ZORG Al dan niet in aanwezigheid van de cliënt, biedt het team onder-</p>	<p>In de afgelopen 6 maanden vindt bij minder dan 20% van de cliënten ondersteuning</p>	<p>In de afgelopen 6 maanden vindt bij 20 – 39% van de cliënten ondersteuning van het</p>	<p>In de afgelopen 6 maanden vindt bij 40 – 59% van de cliënten ondersteuning van het</p>	<p>In de afgelopen 6 maanden vindt bij 60 – 79% van de cliënten ondersteuning van het</p>	<p>In de afgelopen 6 maanden vindt bij ≥80% van de cliënten ondersteuning van het</p>

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
steuning en vaardigheden voor het sociale netwerk van alle cliënten (familie, huisbaas, werkgever).	van het sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.	sociale netwerk plaats.
Monitoring					
58. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): INHOUD Het team neemt bij alle cliënten eens per jaar een ROM af, die tenminste bestaat uit een gestandaardiseerd instrument om psychisch en sociaal functioneren te meten, een gestandaardiseerd instrument om zorgbehoeften en kwaliteiten van leven te meten. (als de ROM niet volledig wordt afgenomen een punt minder)	Het team neemt bij <20% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, een gestandaardiseerd instrument om zorgbehoeften en kwaliteiten van leven te meten.	Het team neemt bij 20-39% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, een gestandaardiseerd instrument om zorgbehoeften en kwaliteiten van leven te meten.	Het team neemt bij 40-59% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren en zorgbehoeften en kwaliteiten van leven meet.	Het team neemt bij 60-79% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteiten van leven meet.	Het team neemt bij ≥80% van de cliënten een ROM af die met gestandaardiseerde instrumenten psychisch en sociaal functioneren, zorgbehoeften en kwaliteiten van leven meet.
59. ROUTINE OUTCOME MONITORING (ROM): GEBRUIK Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid naar de cliënt als onderdeel van het handplan als naar teamkomsten in het kader van de PDCA- cyclus.	Het team kent geen ROM.	Het team kent een ROM zonder terugkoppeling naar teamleden.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit naar het individuele beleid rond de cliënt OF naar teambeleid.	Het team maakt gebruik van ROM en vertaalt dit zowel naar het individuele beleid rond de cliënt als naar teambeleid.	Het team gebruikt de ROM structureel bij evaluatie van het team(functioneren) wat leidt tot aanpassingen op teamniveau en gebruikt ROM als standaardonderdeel bij iedere

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>60. RISICOTAXATIE (FOR_N) Bij alle cliënten die in zorg zijn van het FOR FACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een ge-standaardiseerd instrument</p>	20% van de cliënten	21-40%	41-60%	61-80%	Bij meer dan 80% van de cliënten die in zorg zijn van het FOR FACT-team vindt – ongeacht hun juridische status – minimaal eens per jaar risicotaxatie plaats m.b.v. een ge-standaardiseerd instrument.
<p>61. VERBETERCYCLUS FOR FACT Projectleider/ teamleider monitoren het proces van (FOR) FACT, gebruiken de gegevens om het programma te verbeteren. Het monitoren van het proces gebeurt volgens een standaard aanpak, bijvoorbeeld gebruik van de fidelity schaal of een andere uitgebreide set van indicatoren. De PDCA cyclus (plan, do, check/study, act) wordt hierbij gehanteerd.</p>	Er wordt geen poging gedaan om het proces te monitoren.	Het proces wordt ten minste jaarlijks op een informele manier gemonitord.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld naar het team maar het leidt niet tot aanpassing.	Bij het proces worden de gegevens verzameld en teruggekoppeld aan. Gegevens worden gebruikt om het programma te verbeteren.	Gestandaardiseerd, uitgebreid het proces monitoren gebeurt ten minste elke 6 maanden en het wordt gebruikt om het programma te verbeteren. De PDCA cyclus is in het proces herkenbaar.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Professionalisering

62. REFLECTIE EIGEN HANDELLEN Elk teamlid heeft minstens 5x2 uur per jaar voor interventie of (groeps)supervisie. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	≤ 20% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar interventie of (groeps)supervisie e.	21-40% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar interventie of (groeps)supervisie e.	41-60% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar interventie of (groeps)supervisie e.	61-80% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar interventie of (groeps)supervisie e.	> 80% van de teamleden heeft minstens 5x2 uur per jaar interventie of (groeps)supervisie e.
63. SCHOLING FACT EN EVIDENCE BASED ONDERWERPEN Alle teamleden ontvangen jaarlijks een (bij)scholing in (FOR) FACT EN EBP (minimaal 4 dagen). (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	≤ 20% van de teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	21-40% van de teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	41-60% van de teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	61-80% van de teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.	> 80% van de teamleden krijgt jaarlijks (bij)scholing in FACT EN EBP.
64. SCHOLING HERSTELONDERSTEUNENDE ZORG 80% van de teamleden zijn in de laatste twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg. (Scoor geen plannen maar de werkelijke praktijk op dat moment.)	Geen van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	1 - 29% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	30-59% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	60-79% van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.	80% of meer van de FOR FACT-teamleden is in de afgelopen twee jaar geschoold in herstelondersteunende zorg.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011 **Datum:**

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>65. SCHOLING FORENSISCHE DESKUNDIGHEID (FOR_N)</p> <p>Het team is in de afgelopen 2 jaar forensisch (bij-) geschoold in (1) risicotaxatie/delictanalyse (2) terugvalpreventie / risico-management (3) omgaan met agressief / acting out gedrag (4) juridische kennis (5) motiverende gespreksvoering, (6) herstellende ondersteunende zorg en (7) LVG. Het gaat per deskundigheid om scholing van minimaal 1 dag. Indien <50% van het team in de afgelopen 2 jaar in een bepaalde deskundigheid is geschoold, gaat er een punt af.</p>	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in geen/1 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 2 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 3 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in 4 van de 7 deskundigheden.	Het team is in de afgelopen twee jaar geschoold in minstens 5 van de 7 deskundigheden.
<p>66. STRUCTURELE AANDACHT VOOR HERSTEL</p> <p>Het team heeft structureel oog voor herstel. Dit blijkt uit de bordbespreking, de doelen van de cliënten contacten die dag en de behandelplannen</p>	Het team is vooral bezig met het reageren van crisissen. Er is weinig tijd of aandacht voor de stabielere cliënten	Veel aandacht gaat uit naar het reageren op crisissen. Daarnaast heeft het team aandacht voor aanvullen de behandeling.	Aandacht is er voor crisis, behanding en herstel. Echter herstel doelen zijn alleen geformuleerd voor de 'stabiele' cliënten	Aandacht is er voor crisis, behanding en herstel. Herstel doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt. Cliënten worden lotgevoeren op lotgenotencontact en herstelgroepen.	Aandacht is er voor crisis, behanding en herstel. Herstel doelen zijn opgenomen in behandelplannen en concreet uitgewerkt. Cliënten worden lotgevoeren op lotgenotencontact en herstelgroepen.

Programma: © Stichting Centrum Certificering ACT en FACT, 2011

Datum:

CRITERIUM	SCORES/ANKERPUNTEN				
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<p>67. TEAMGEEST</p> <p>Scoor de volgende onderdelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sfeer in het team (uitsteking, plezierig, hartelijk) - cohesie (onderlinge steun en betrokkenheid) - gedeelde visie (eensgezindheid over de werkwijze en doelstellingen van het team) - innovatief gehalte (team bruist van de ideeën en daadkracht) - burnout (minder dan 20% van de teamleden toont tekenen van burnout) 	<p>0 - 1 punt</p> <p>Het team is als los zand. Het maakt een uitgebluste, ongeïnspireerde, conflictueuze indruk</p>	<p>Het team scoort op 2 punten</p>	<p>Het team scoort op 3 punten</p>	<p>Het team scoort op 4 punten</p>	<p>Het team scoort op alle 5 punten. Het team maakt een enthousiaste, gemotiveerde, harmonieuze, daadkrachtige en vastberaden indruk.</p>

