FORENSISCH AMBULANTE ZORG

Thomas Marquant
20/03/2026

OVERVIEW

Forensisch ambulante zorg: hoe en waarom?

Effectiviteit: Werkt het?

Belang van Middelenstoornissen

Persoonlijkheidsstoornissen

Conclusie

Forensisch ambulante zorg: hoe en waarom?

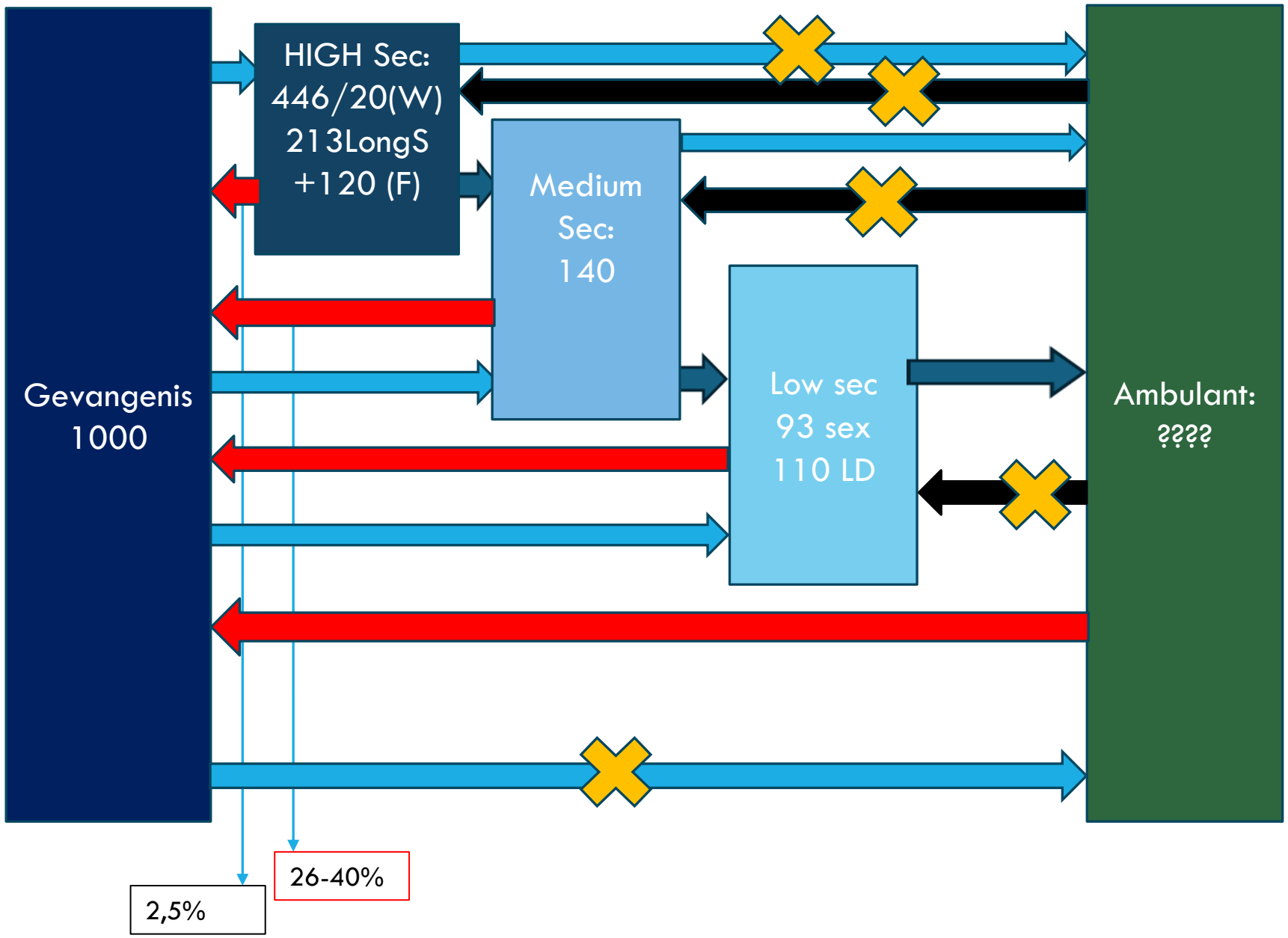
INTRODUCTIE: Forensisch ambulante zorg

FORENSISCH?

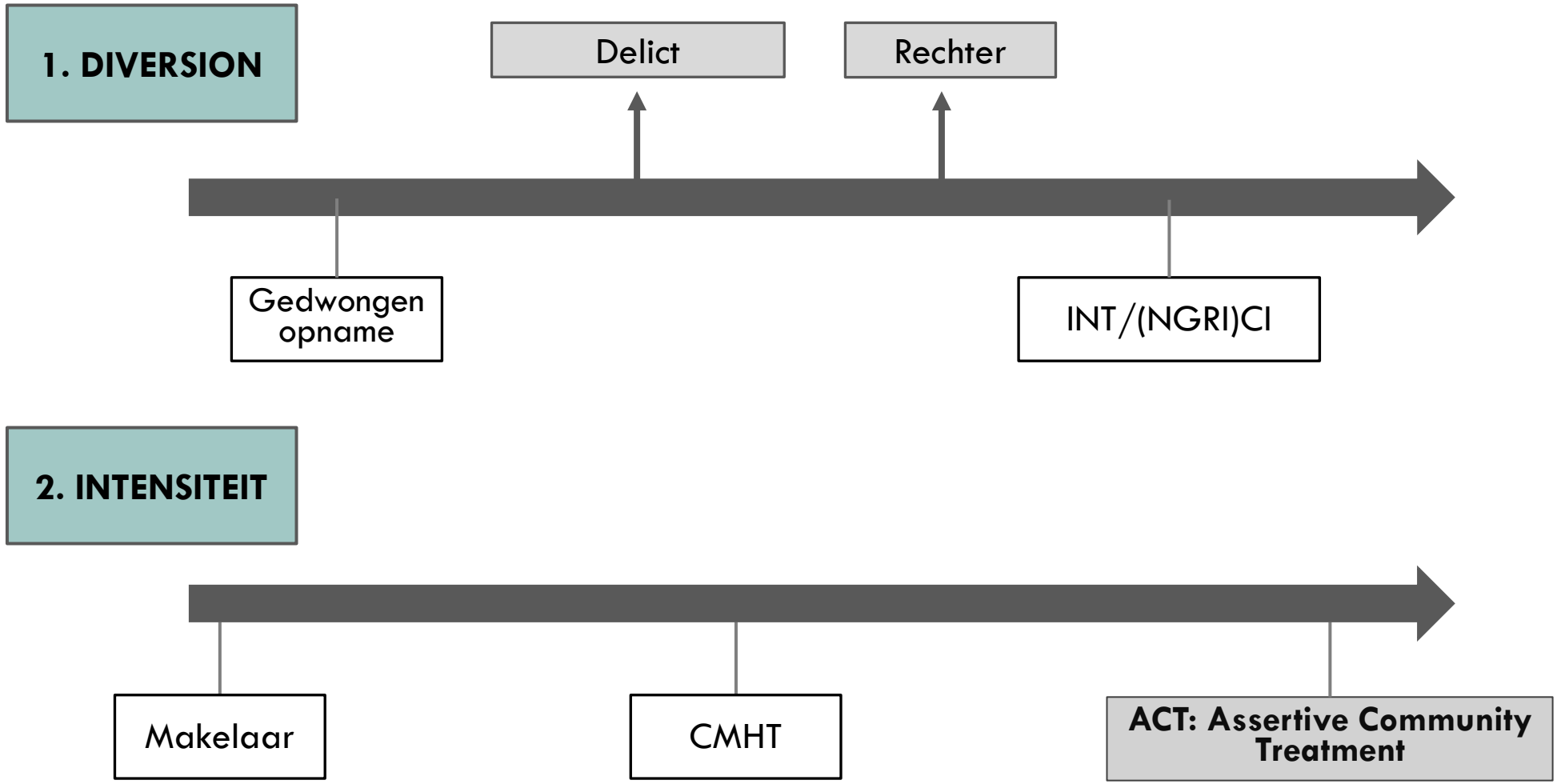
Voorgeschiedenis behandeling	**80-90%**
Personeelskenmerken	**65%**
Voorgeschiedenis geweld	**95%**
Reguliere psychiatrie	Geen/Negatief effect op forensische uitkomsten

BELGIE? → Geinterneerden

Residentieel	119/100k (2024) (1)
Forensisch Residentieel	1142 (2)
detentie	+/- 1000
Onderzoek residentieel	ja
Forensisch ambulant	Onderbenut/ versnipperd
Onderzoek forensisch ambulant	Nee

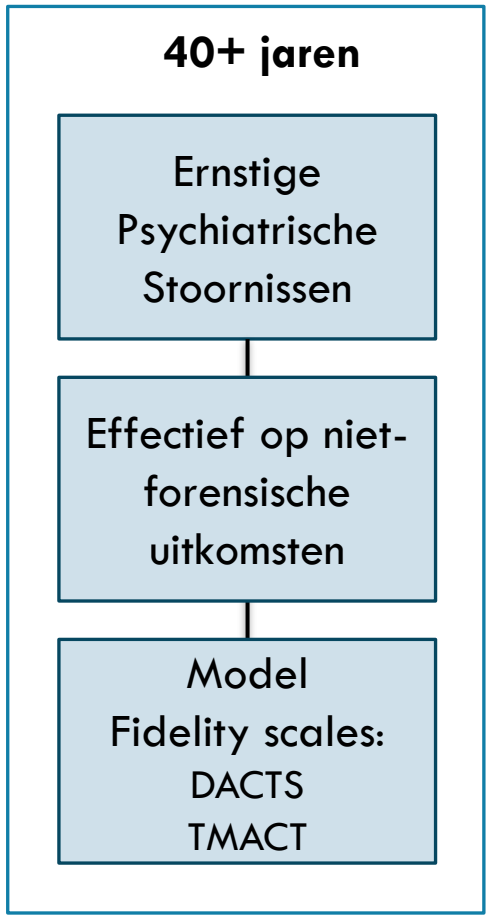

Gevangenis
1000
HIGH Sec:
446/20(W)
213LongS
+120 (F)
Medium
Sec:
140
Low sec
93 sex
110 LD
Ambulant:
????
26-40%
2,5%

INTRODUCTIE: FORENSISCH AMBULANTE ZORG



Assertive Community Treatment (ACT)

USA
Deinstitutionalisering
1980 (Stein et al.)

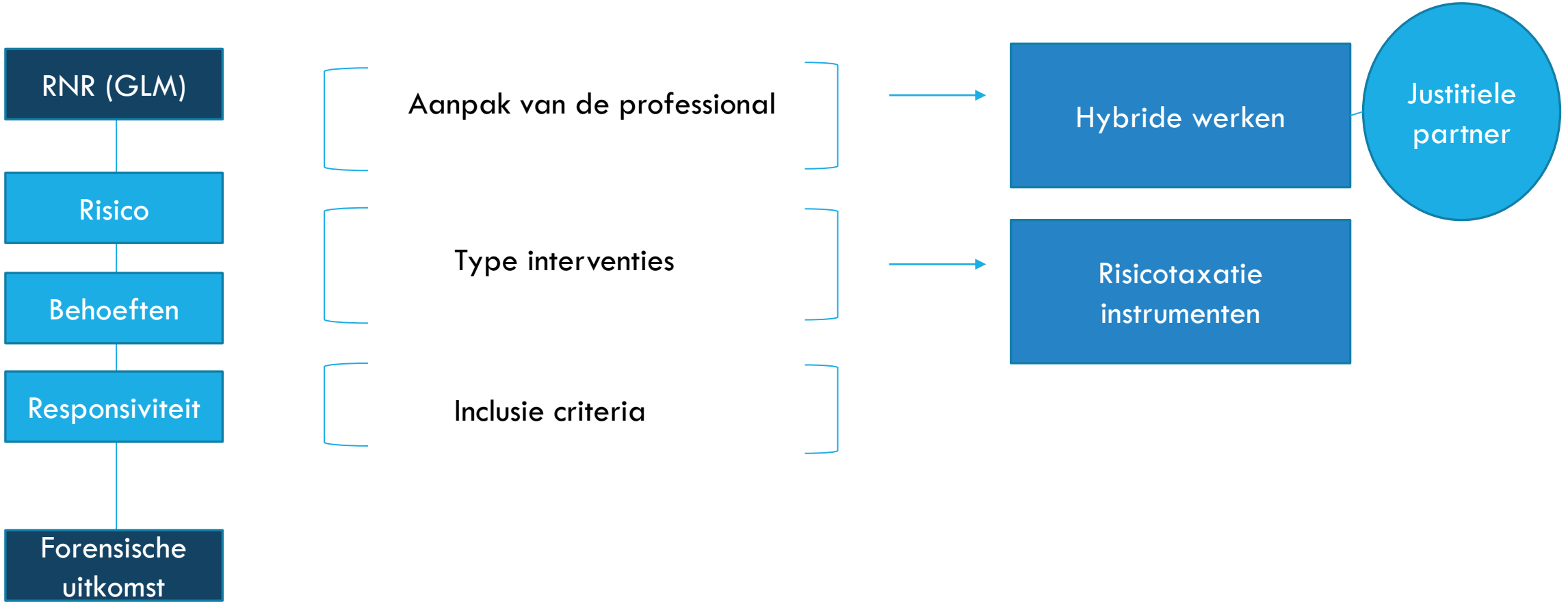


- Zorg aan huis
- Lage case-load
- 'Embedded psychiatrist'
- Geintegreerde behandeling voor middelen gerelateerde stoornissen
- Geintegreerde sociale zorgaanbod
- 24/7 beschikbaarheid

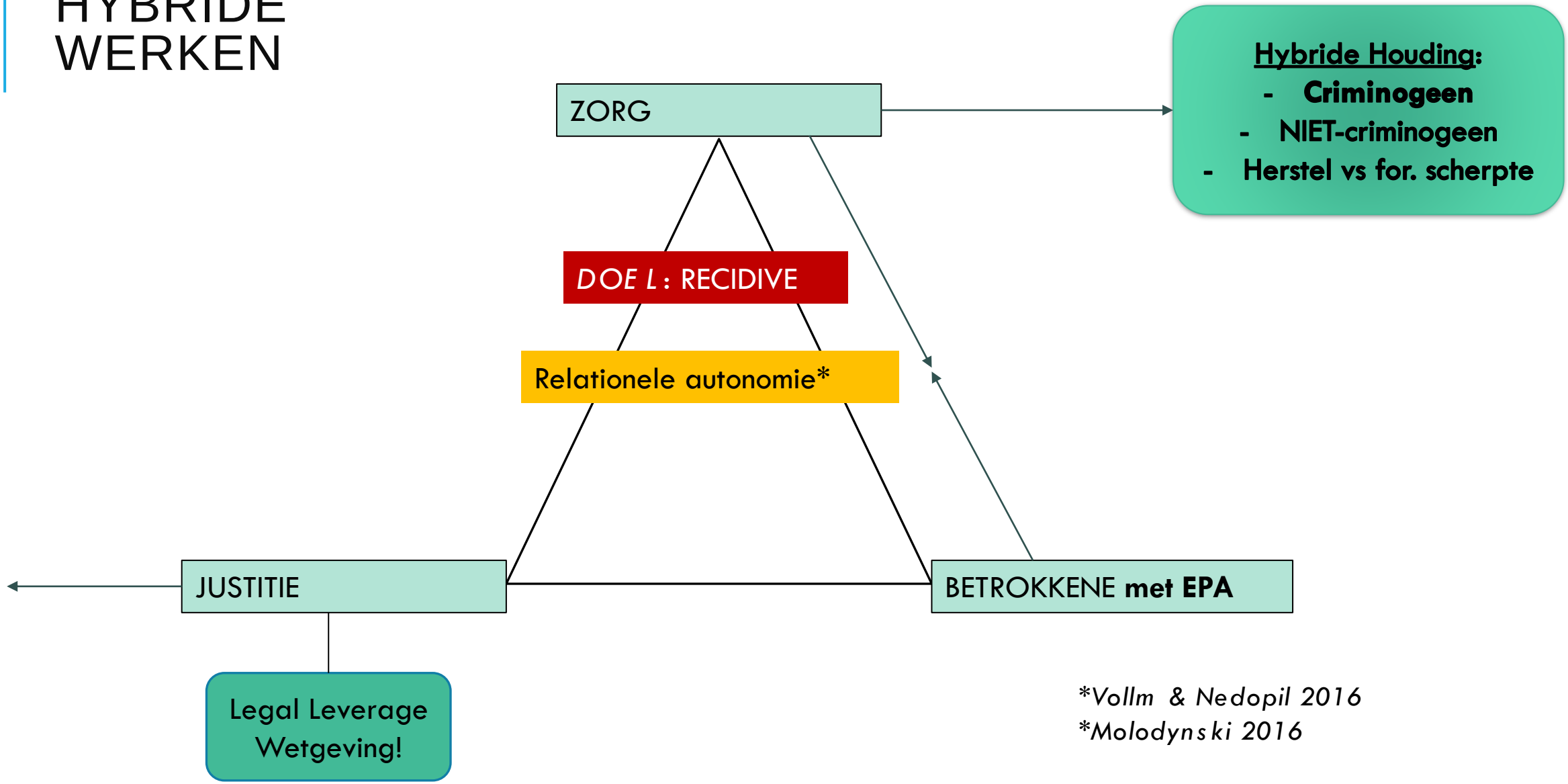
ADAPTATIES?

KEY IDEAS IN CRIMINOLOGY SERIES
REHABILITATION
TONY WARD & SHADD MARUNA

FORENSISCHE REHABILITATIE TOT FORENSISCHE ADAPTATIE?

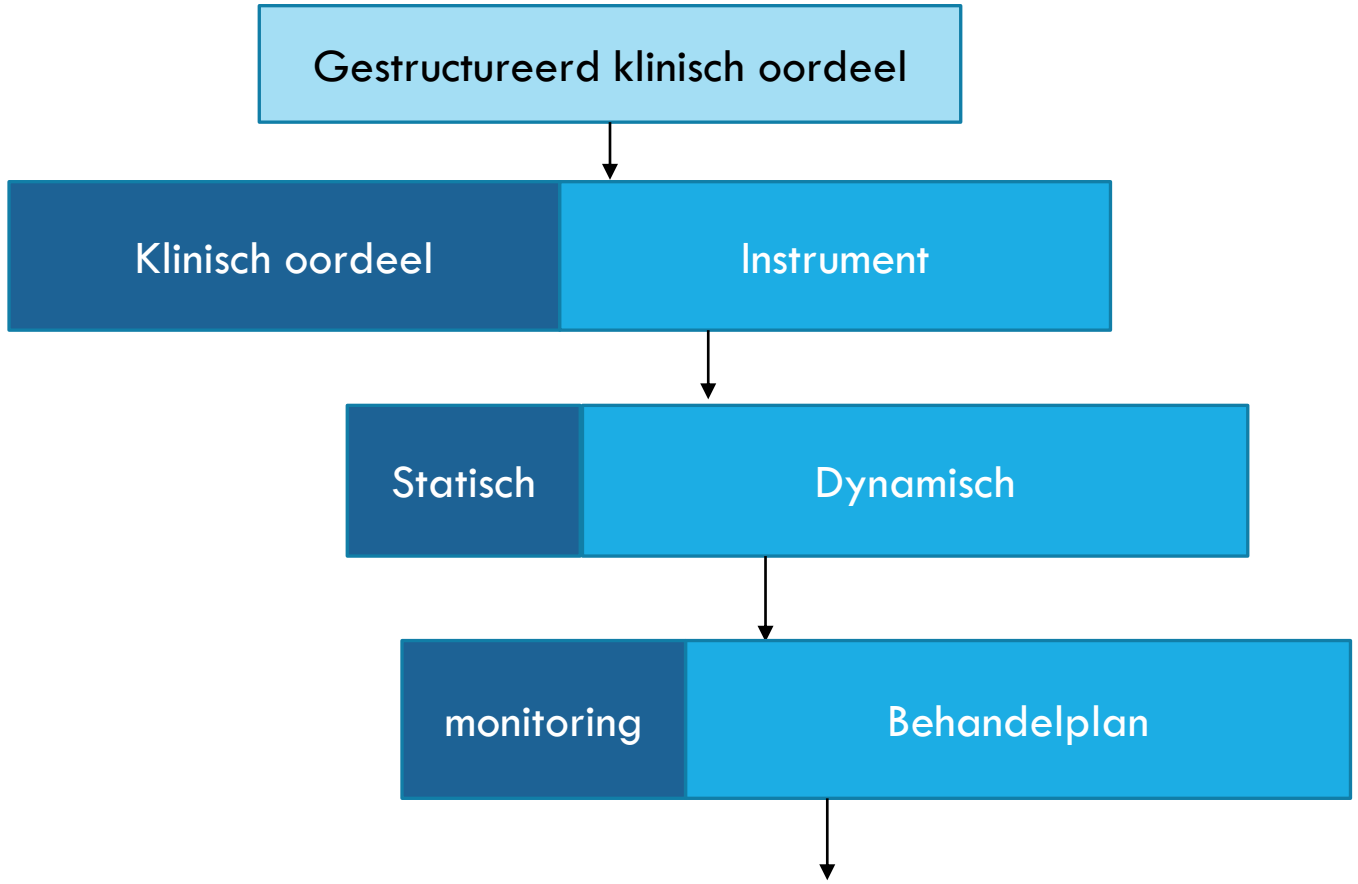


HYBRIDE WERKEN



*Vollm & Nedopil 2016
*Molodynski 2016

RISICOTAXATIE



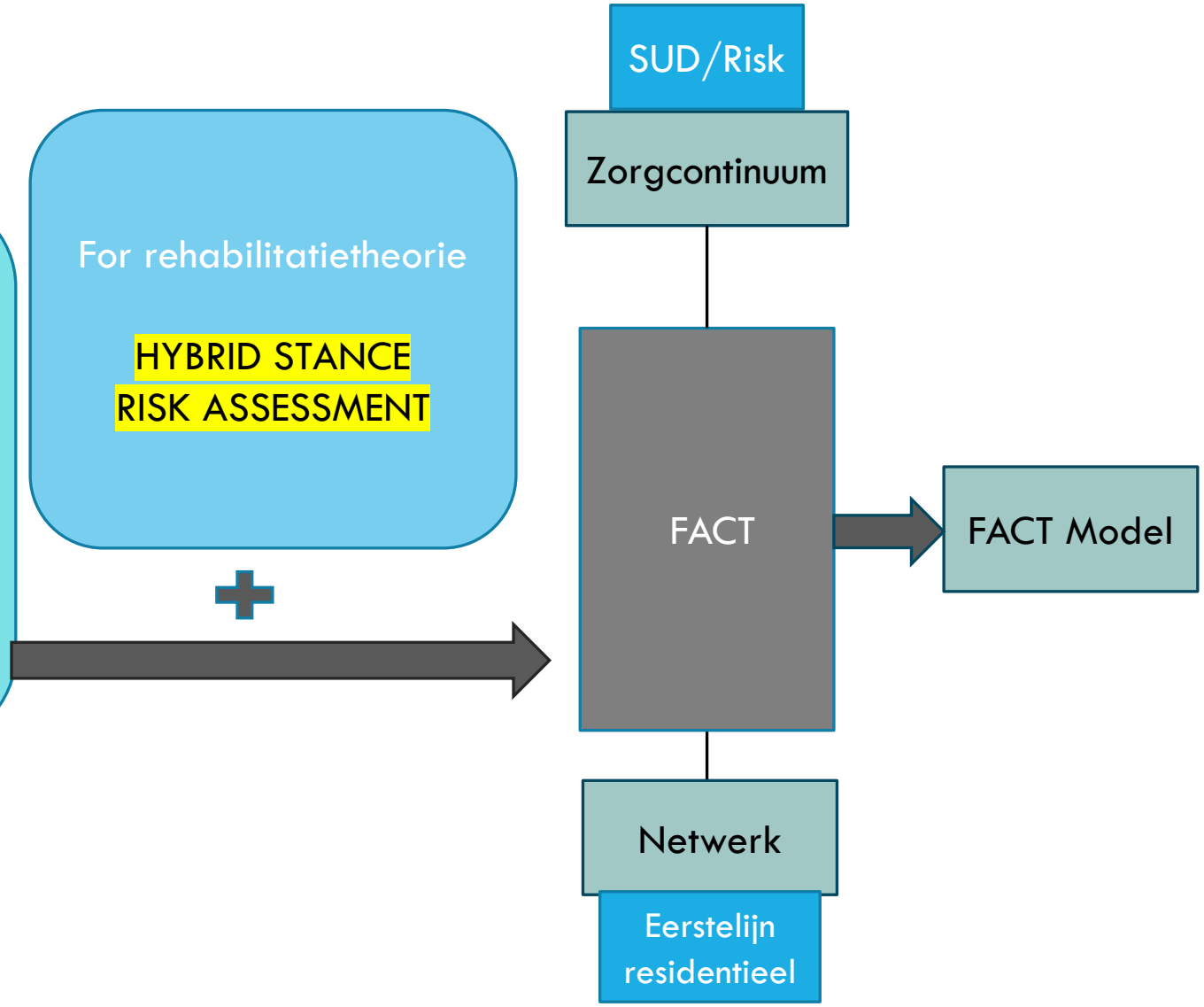
START (+ H items HKT-R): Short term assessment of risk and treatability: 20 items
FARE: Forensisch ambulante risico evaluatie
LS/CMI: level of service case management inventory: 43 items

FRAMEWORK FOR FACT?

- Zorg aan huis
- Lage case-load
- ‘Embedded psychiatrist’
- Geintegreerde behandeling voor middelen gerelateerde stoornissen
- Geintegreerde sociale zorgaanbod
- 24/7 beschikbaarheid

For rehabilitatietheorie

HYBRID STANCE
RISK ASSESSMENT



ESSENTIAL ELEMENTS OF FACT(LAMBERTI & WEISMAN 2021)

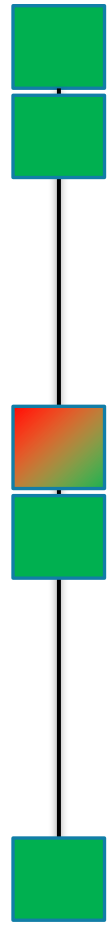
Rochester FACT (R-FACT) scale:

Item	item
ACT fidelity TMACT	Community supervision
Dual admission criteria	Combined team meetings
Justice-involved clients	Progress monitoring
Written participation agreement Information-sharing authorization	Shared problem solving
Information-sharing authorization	Evidence based mental health and SUD interventions
Risk/Need assessment	Evidence based community correctional interventions
Assessment-informed treatment planning	Shared training
Criminal justice collaboration	Transition procedures

Effectiviteit: werkt het?

EFFECTIVITEIT VAN FACT (N=70, CONTROL=56)

Literatuur



Forensische uitkomst

Recidive	FACT > Control	Odds 6.29
detenties	FACT > Control	Odds 13.96

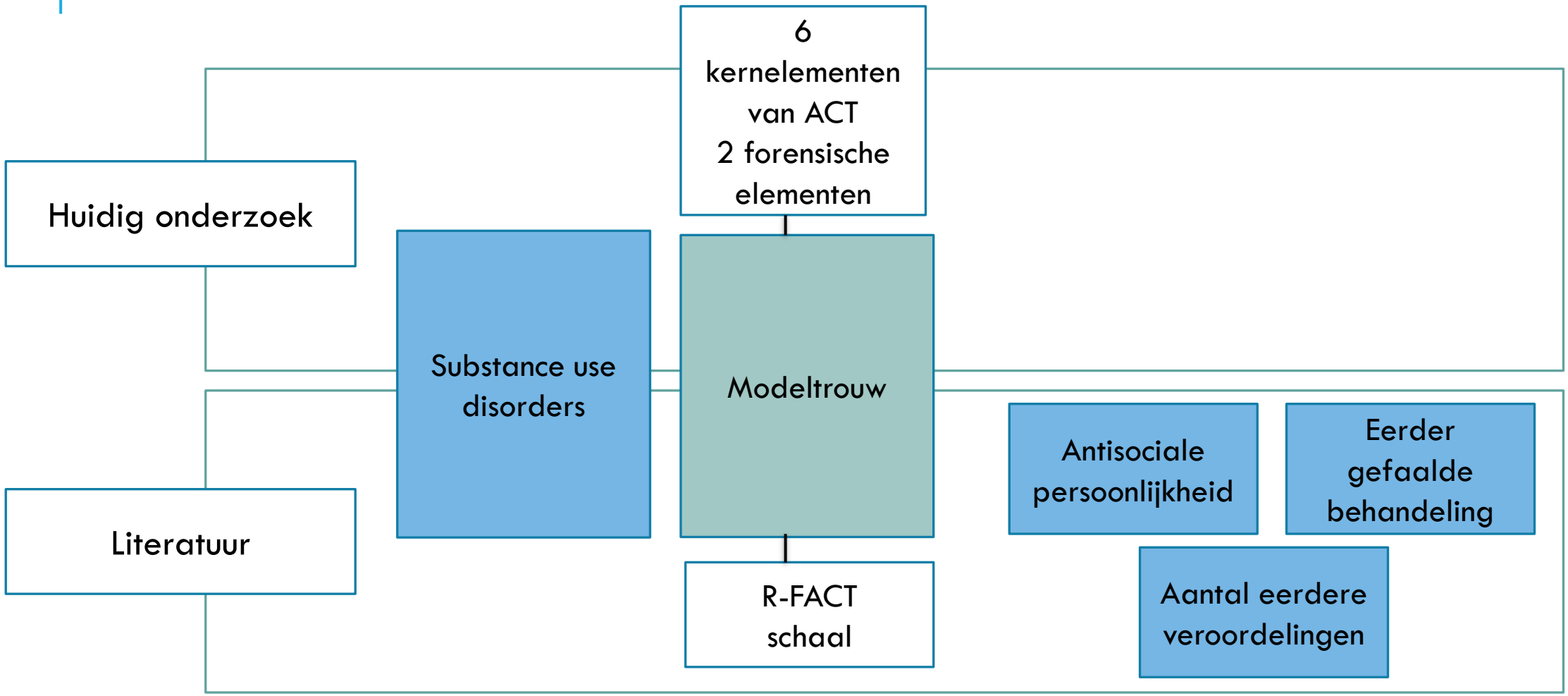
Niet-forensische uitkomst

Hospitalisaties	Control > FACT	Odds 21.32
Aantal	103 (0-11)	
Opnameduur	Average :12 - Median :7	
Middelengebruik	70% admissions	
Risicogroep	24% patients : 68% admissions	

Community tenure (CT)

CT	FACT > Control	79.7% – 64%

FACTOREN GERELATEERD AAN UITKOMST



Belang van middelen gerelateerde stoornissen

MIDDELENSTOORNISSEN?

Beperkte informatie in de literatuur

Hoge prevalentie van middelengebruikstoornissen (42–100%)

Gemengde resultaten, maar ook belangrijke aantallen abstinentie (50–75%)

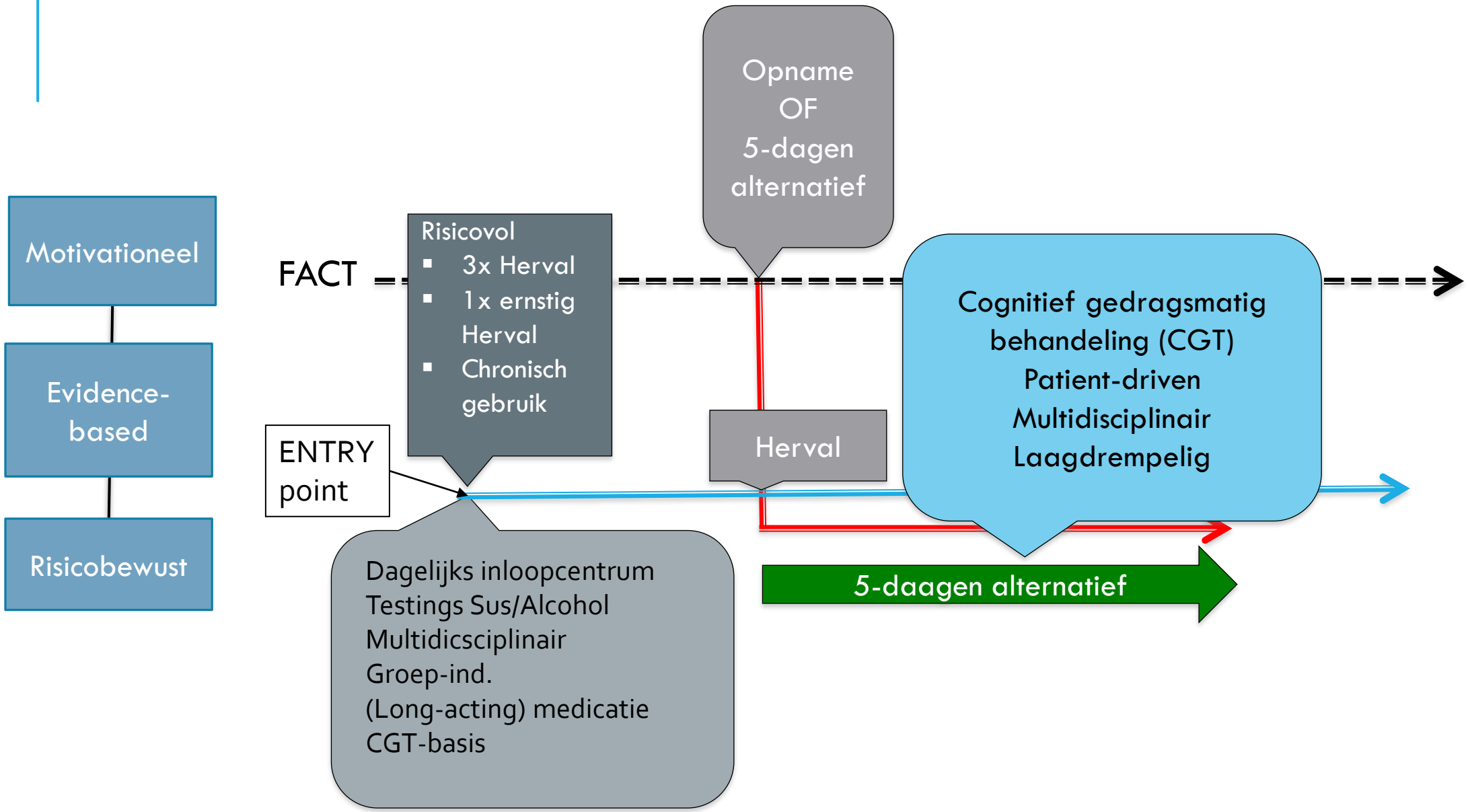
Nadelige invloed op uitkomsten (forensisch en niet-forensisch) De ernst neigt toe te nemen en vervolgens te stabiliseren

Meestal op een geïntegreerde manier aangeboden

Grote variatie in behandelvormen voor middelengebruik Variërend van residentiële zorg (tot één jaar opname), therapeutische gemeenschappen, abstinentiegerichte programma's, testgestuurde trajecten, ambulante zorg, AA/NA, …

De ernst van middelengebruik bij intake als kritisch element in de besluitvorming binnen een zorgcontinuüm, om te bepalen waar patiënten het continuüm binnenkomen

BEHANDELING VOOR MIDDELENGEBRUIK IN FACT



BEVINDINGEN N=24/ 12 MONTHS

Herval en opnames

Herval	*77*
5-daags alternatief gestart	53 (69)
Succesvol	46 (87)
Totaal vermeden opnames	60%
Tijd to eerste opname na 5-dagen allternatief	longer
Long-stay plaatsing	3(13)

SUD ernst (MATE)

Ernst	Laag

Motivatie (MATE)

Boven threshold	Positieve correlatie met antisociale stoornis	stabiel

Risico (START)

Overall Risico daling	sterktes toename	zwaktes stabiel

Arrestaties 25%

Incarceraties 12.5%

somatische klachten toename

CT :79.4

COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH (CRA)

Motivatie versterken: Door middel van motiverende gespreksvoering en het verkennen van persoonlijke doelen.

Functionele analyse van gebruik: Onderzoeken welke situaties, emoties of gedachten gebruik uitlokken — en gezonde alternatieven ontwikkelen.

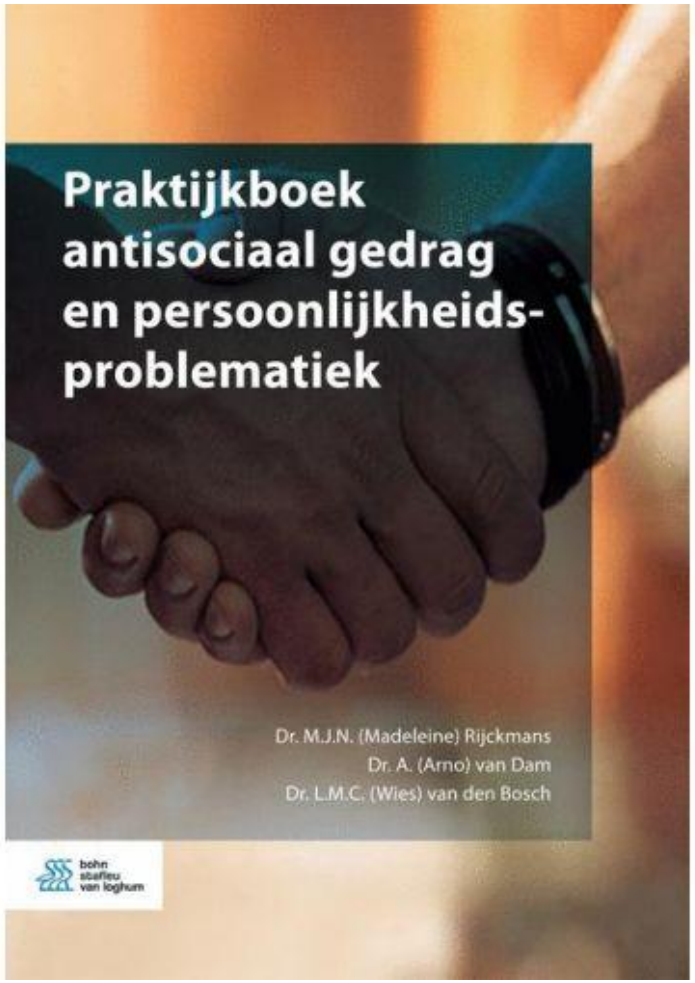
Vervangen van beloningen: Nieuwe, gezonde activiteiten worden systematisch ingepland en versterkt.

Sociale netwerken betrekken: Partners, vrienden en familie worden soms ingezet om positief gedrag te ondersteunen.

Vaardigheidstraining
Bijv.:omgaan met craving, probleemoplossing, communicatieve vaardigheden, emotieregulatie, zoeken naar werk of dagbesteding.

Persoonlijkheidsstoornissen

ANTISOCIAAL?



ANTISOCIALE PERSOONLIJKHEIDSPROBLEMATIEK

Uitdagingen

- Geen bewijs uit ACT
- Geen bewijs uit FACT literatuur
- Eigen onderzoek: 48.6% APD / 46% primair
- Interneringsgrond?

Valkuilen

- Gebrekkige diagnostiek (trauma?, ADHD, ASS)
- Beperkte zelfregulatie, LVB
- Geen evidence base behandeling dus exclusie
- Exclusie: belang van training en interesse

Mogelijkheden

- Schematherapie
- Dialectische gedragstherapie
- Symptoomgericht: trauma, agressie, sociale vaardigheden, probleemoplossend vermogen,…

SCHEMATHERAPIE

Bernstein (2007):

Therapeutische relatie

- Limited reparenting
- Limit setting
- Empatische confrontatie

Forensische modi

- Boze Beschermer
- Bedrog en manipulatie modus
- Paranoide overcontroleerder
- Roofdier modus

GIT-PD (GEINTEGREERDE INTAKE/ TRANSDIAGN. PERSOONLIJKHEIDSDIAGNOSTIEK)

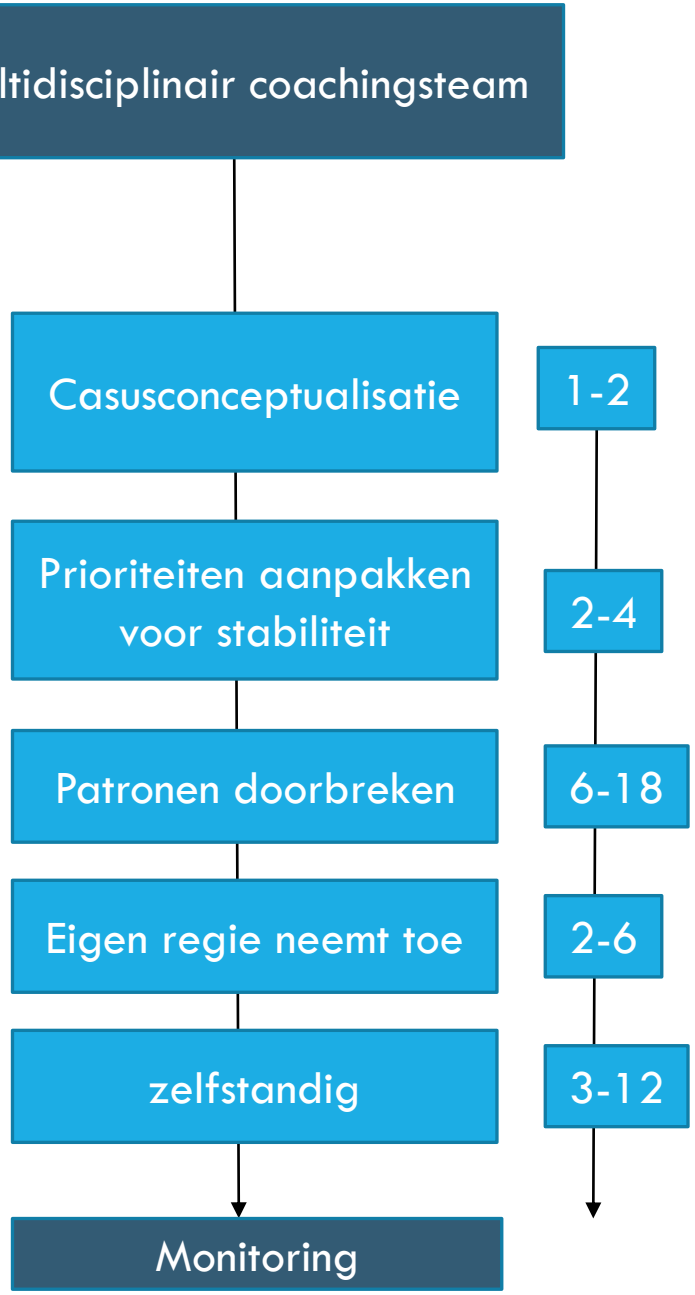
Diagnostische fase: in kaart brengen van persoonlijkheidsfunctioneren, coping, omgeving, triggers en relationele patronen. (transdiagnostisch dimensioneel) *observatie*

Stabilisatie: vergroten van veiligheid (woning, omgeving), emotieregulatie, motivatie en behandelalliantie. (transdiagnostisch):

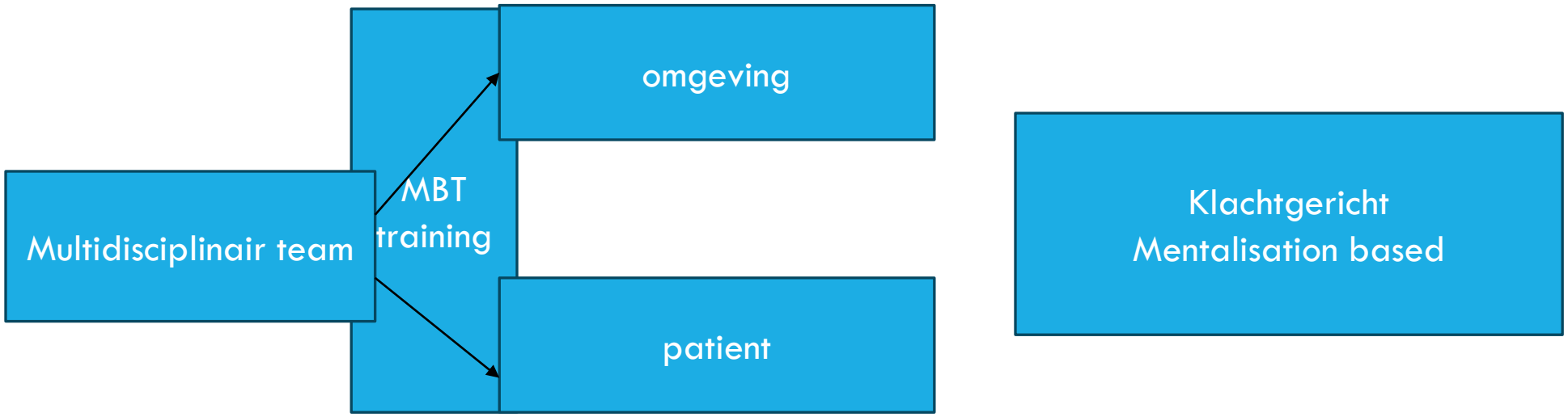
Veranderfase: werken aan diepgewortelde patronen, schema's, relationele dynamieken en zelfbeeld. (integratief): *oefenen*

Integratie: oefenen in dagelijks leven, versterken van autonomie en sociale rollen. *oefenen*

Nazorg: terugvalpreventie, signaleringsplan, versterken van steunbronnen. (boostersessies)



AMBIT (ADAPTIVE MENTALISATION BASED INTEGRATED TREATMENT)



TOEKOMST?

Toekomstige topics

1. Geinterneerden : replicatie onderzoek op grotere schaal
- Verminderen terugsturingen uit residentiele zorg
- Ambulante zorg post detentie
- Verminderen residentiele opnameduur
- Andere forensische statuten?

2. Transitie forensische naar reguliere zorg?

3. Herstel and wellbeing? economische aspecten, vrouwen?

Conclusie

CONCLUSIE

FACT is een haalbare manier om geïnterneerden in België veilig en effectief ambulant te behandelen.

Ingebed in een zorgcontinuüm omvat het twee forensische elementen: het hybride functioneren van professionals en het gebruik van risicotaxatie.

Middelengebruik en modeltrouw zijn factoren die samenhangen met uitkomsten.

Ambulante behandeling van middelengebruik moet een motiverende benadering, een wetenschappelijke onderbouwing en risicotaxatie omvatten.

Implementatie van FACT vereist meetbare modeltrouw (R-FACT), wetgeving en samenwerking tussen diensten (justitie, residentiële zorg, eerstelijnszorg).

Bedreigingen voor effectiviteit

- Budgettaire redenen (initieel en doorlopend)
- Gebrek aan forensische residentiële back-up
- Onvoldoende modeltrouw
- Onvoldoende training van medewerkers
- Ontoereikende wetgeving rond de rechtspositie van patiënten
- Incidenten in de gemeenschap