

# **Kijkje in het curriculum van de GZ: Forensische Psychologie**

Judith Yntema

# PROGRAMMA

- Het gat tussen Forensische Zorg en de GGZ: Transforensische zorg
- Inleiding forensisch werkveld
- Van theorie naar praktijk: casusopdracht en oefenen met RNR principe
- Psychopathologie en delict risico; oa doorwerking van pathologie in delictgedrag, mate van toerekenbaarheid
- Casusoefening



Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

● Amsterdam

**RINO** ●  
amsterdam

Enquête RTL Nieuws

## Doodsbedreigingen en intimidatie: bijna alle sociaal werkers krijgen ermee te maken

23 november 2019 12:24

Aanpak agressie

## Meerderheid Kamer: plegers agressie tegen zorgverleners verplicht op cursus

Binnenland WNL

Bijna 60 procent van hulpverleners maakt elke maand agressie mee

## Hogere strafeisen

Het OM hanteert een 200% hogere strafeis in geval van agressie en geweld tegen werknemers met een publieke taak en andere functionarissen die werkzaam zijn in het publieke domein.

**Hulpverleners over agressie: 'Heb je de bron van de rookontwikkeling ontdekt, word je bijna van het balkon geduwd'**

**Grensoverschrijdend gedrag als belemmerende factor in de hulpverlening**

Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

Amsterdam

**RINO**  
amsterdam

# Dilemma's

## Enerzijds:

- Veelal sprake van gevaarlijk en risicovol gedrag maar niet altijd even zichtbaar
- Slachtoffers en maatschappelijk belang

## Anderzijds:

- Sprake van disruptief gedrag en onderliggende psychopathologie
- Vaak geen strafrechtelijk kader
- Agressief of grensoverschrijdend tegen hulpverleners



## WELKE INSTEЕК?

- Wie kom je als eerst tegen?
- Vrouw/Man
- Diagnose?
- (Behandel) voorgeschiedenis
- Justitiële voorgeschiedenis; 'Eens een dief....'
- Locatie delict
- Actuele verblijfslocatie
- Arrondissement; seponeren/PJ/2.3
- Rapporteurs duo (ervaring, smaak etc)
- Onjuiste risico taxatie (overschatting gevaar)





# GAT IN DE ZORG



Prof. dr. Joost à Campo, psychiater, Emeritus hoogleraar  
transforensische psychiatrie

Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

Amsterdam

**RINO**  
amsterdam

● Samenleving

## Meer straf en tbs leidt niet tot meer veiligheid: we moeten eens durven kiezen voor preventie

Of criminaliteit nu stijgt of daalt, de roep om harder straffen blijft. Terwijl de oplossing ligt in het voorkomen dat mensen in de criminaliteit belanden.

CLAUDIA VAN BRUGGEN

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) concludeerde deze week dat de langdurige daling van de criminaliteit in Nederland ten einde komt. Sinds 2018 is er sprake van stabilisatie en op onderdelen een lichte stijging, zoals bij verkeers- en zedendelicten. Onze samenleving verandert, en daarmee de criminaliteit. Toch richt de samenleving zich vooral op meer straf, meer tbs en meer forensische zorg – terwijl de kern van de uitdaging ligt in preventie en vroeger zorg. Of criminaliteit nu daalt of stijgt, de meest kosteneffectieve en menswaardige investering blijft het voorkomen dat kwetsbare mensen in het strafrechtelijk systeem belanden.

In de forensische psychiatrie zien wij deze paradox terug. De instroom in de tbs blijft hoog, terwijl het aantal maatschappelijke incidenten afneemt. Behandeltrajecten worden complexer: meer patiënten kampen met dubbele problematiek, zoals psychische stoornissen in combinatie met verslaving of een licht verstandelijke beperking. Doordat voorwaardelijke invrijheidsstelling tegenwoordig maximaal twee jaar voor het einde van de straf kan plaatsvinden, zitten patiënten langer vast dan vroeger voordat ze in zorgtrajecten belanden. Dit leidt tot een langere behandelduur en grotere druk op de gehele keten. Ook stikt de uitstroom keer op keer, door een tekort aan passende



De instroom in de tbs blijft hoog.  
FOTO: KOEN VERHELDEN/ANP

womvoorzieningen en doordat de samenleving terughoudend is in het ontvangen van forensische patiënten.

De geestelijke gezondheidszorg is in tien jaar fors ingekomen, omgerekend naar bedden capaciteit zo'n 30 klinieken. Daarmee komen de meest kwetsbare mensen – vaak met ernstige psychiatrische problematiek – sneller op straat terecht. Als zorg ontbreekt, nemen escalaties toe en verzorgt de forensische keten uiteindelijk de opvang. Daarmee schuiven we als samenleving de meest complexe patiënten door naar het strafrecht, terwijl preventieve zorg wordt afgebouwd.

Een vergelijkbare ontwikkeling zien we in de jeugdzorg. Gemeenten worstelen met tekorten, waardoor plaatsing in jeugdzorg langer op zich laat wachten en jongeren met ernstige gedragsproblemen te lang zonder zorg blijven. Deze jongeren komen vaker in aanraking met politie en justitie. Het ontbreken van preventieve zorg leidt tot een hogere kans op opname in de forensische psychiatrie. Afgelopen week werd bekendgemaakt dat de

Jongeren met ernstige gedragsproblemen komen vaker in aanraking met politie en justitie

€78 mln die gemeenten nog tegoed hadden voor jeugdzorg in 2023 en 2024 wordt vrijgemaakt – een broodnodige stap.

De veiligheidsparadox raakt ons allemaal. Forensische zorg is intensief, langdurig en kostbaar: een tbs-plaats kost jaarlijks grofweg € 240.000 tot € 275.000. In sommige gevallen is tbs noodzakelijk, maar het blijft complex en zwaar. Een gemiddelde behandelduur van circa 9 jaar betekent een totale kostenpost van ruim € 2 mln per patiënt.

Feiten maken duidelijk dat veiligheid niet toeneemt door meer mensen op te sluiten of langer vast te houden. Integendeel: Nederland werd veiliger door maatschappelijke ontwikkelingen zoals betere wijkgang, onderwijs en sociale cohesie. Het gewaar is dat we door incidentenpolitiek en publieke druk een steeds repressiever systeem bouwen, terwijl de cijfers aantonen dat dit niet nodig is.

Mijn oproep is om de maatschappelijke en politieke discussie over veiligheid te baseren op feiten in plaats van op incidenten. Ja, er zijn ernstige delicten die het publieke vertrouwen schaden en die om een stevige reactie vragen. Maar op incidenten moet je geen beleid maken.

Structureel beleid moet rekening houden met trends, zoals de landelijke agenda voor zorg en veiligheid 'Perspectief 2025' beoogt. Nederland is veiliger, en juist daarom moeten we investeren in de zorgketens die herhaling van dezelfde fouten en verergering voorkomen. Een duurzame veiligheidsagenda vraagt om balans: ruimte voor bescherming en straf waar nodig, maar vooral een robuuste investering in de ggz, jeugdzorg, onderwijs en wijkvoorzieningen. Alleen zo doorbreken we de paradox en voorkomen we dat een steeds veiliger land toch steeds repressiever wordt.

Claudia van Bruggen is jurist, bedrijfskundige gezondheidszorg en bestuurslid van Mesdag, een forensisch-psychiatrische zorgorganisatie.

# “Meer straf en tbs leidt niet tot meer veiligheid: we moeten eens durven kiezen voor preventie “

Claudia van Bruggen, FD

Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

Amsterdam

RINO  
amsterdam

---

## DE TRANSFORENSISCHE DOELGROEP

Personen met multiproblematiek en complexe gedragingen die een veiligheidsrisico vormen voor zichzelf, naasten en de maatschappij. Zij bewegen tussen verschillende vormen van zorg en justitie, waarbij criminalisering zoveel mogelijk moet worden voorkomen.



Werkagenda Verbeteren van de aansluiting tussen de forensische zorg en reguliere zorg, Ministeries van Justitie en Veiligheid (JenV) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), augustus 2024

Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

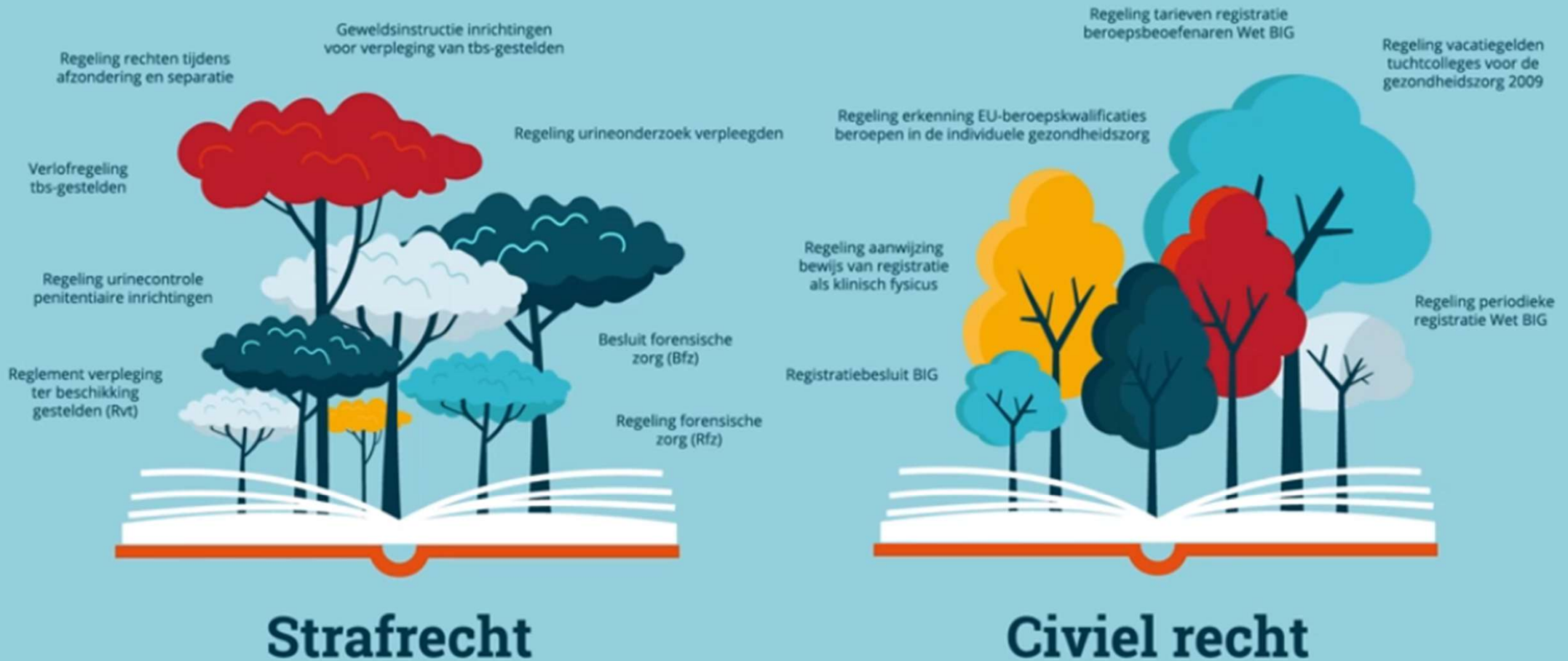
● Amsterdam

**RINO** ●  
amsterdam

## DELICTGEDRAG BEHANDELEN



# FORENSISCHE PSYCHOLOGIE



# WET EN REGELGEVING





# Forensische-zorgwijzer

## Klinische zorg

Vrijheidsbenemende of  
vrijheidsbeperkende maatregelen.

Beveiligingsniveaus 1-4

**Beveiligingsniveau 1**

Bijv. Reguliere GGZ  
Reguliere verslavingszorg

**Beveiligingsniveau 2l/zh**

Bijv. Forensisch psychiatrische afdeling (FPA)  
Forensische verslavingsafdeling (FVA)  
SGLVG+

**Beveiligingsniveau 3**

Forensisch psychiatrische kliniek (FPK)  
Forensische verslavingskliniek (FVK)

**Beveiligingsniveau 4  
(niet indiceerbaar door IFZ)**

Forensisch psychiatrisch centrum (FPC)  
Penitentiair psychiatrisch centrum (PPC)

## Verblijfszorg

Geen vrijheidsbeperkende maatregelen.  
Verblijf, begeleiding en bescherming.

Beschermd/ begeleid wonen (RIBW)  
(ZZP-C 1 t/m ZZP-C 5)

ZZP 1- beschermd wonen (BW) met begeleiding

ZZP 2- gestructureerd BW met uitgebreide begeleiding

ZZP 3- BW met intensieve begeleiding

ZZP 4- gestructureerd BW met intensieve  
begeleiding en verzorging

ZZP 5- BW met intensieve begeleiding en  
gedragsregulering

VG Verblijf  
(ZZP-VG 1 t/m ZZP-VG7)

ZZP 1- Wonen met enige begeleiding

ZZP 2- Wonen met begeleiding

ZZP 3- Wonen met begeleiding en verzorging

## Ambulante zorg

Geen vrijheidsbeperkende maatregelen.  
Vaak poliklinisch, sommige vormen ook thuis  
of in de PI.

Soorten ambulante zorg  
GGZ/VZ/SGLVG/LVG/VG

Ambulante behandeling  
Waaronder (F)ACT

Ambulante begeleiding

Ambulante dagbesteding

## Stapelzorg

Mogelijke combinaties of opties.  
Niet limitatief.

Wonen thuis of via begeleidingsinstelling +  
ambulante behandeling/  
begeleiding/dagbesteding

(Begeleid)  
Zelfst. Wonen

+

Ambulante  
dagbesteding/  
begeleiding/  
behandeling

(Begeleid)  
Zelfst. Wonen

+

Ambulante  
dagbesteding/  
begeleiding/  
behandeling

Crisis time-out  
(klinisch)

RIBW of  
VG verblijf

+

Crisis time-out  
(klinisch)

RIBW of  
VG verblijf

+

Ambulante  
dagbesteding/  
begeleiding/  
behandeling

Crisis time-out

---

# FORENSISCHE ZORGTITELS



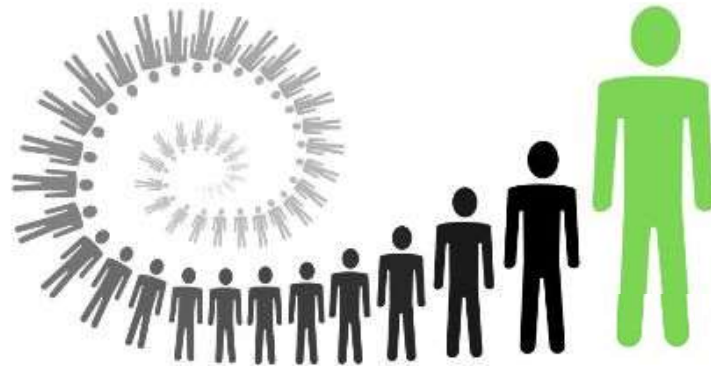
Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

• Amsterdam

**RINO** •  
amsterdam

---

# DE WHAT WORKS PRINCIPES



Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

Amsterdam

**RINO**  
amsterdam

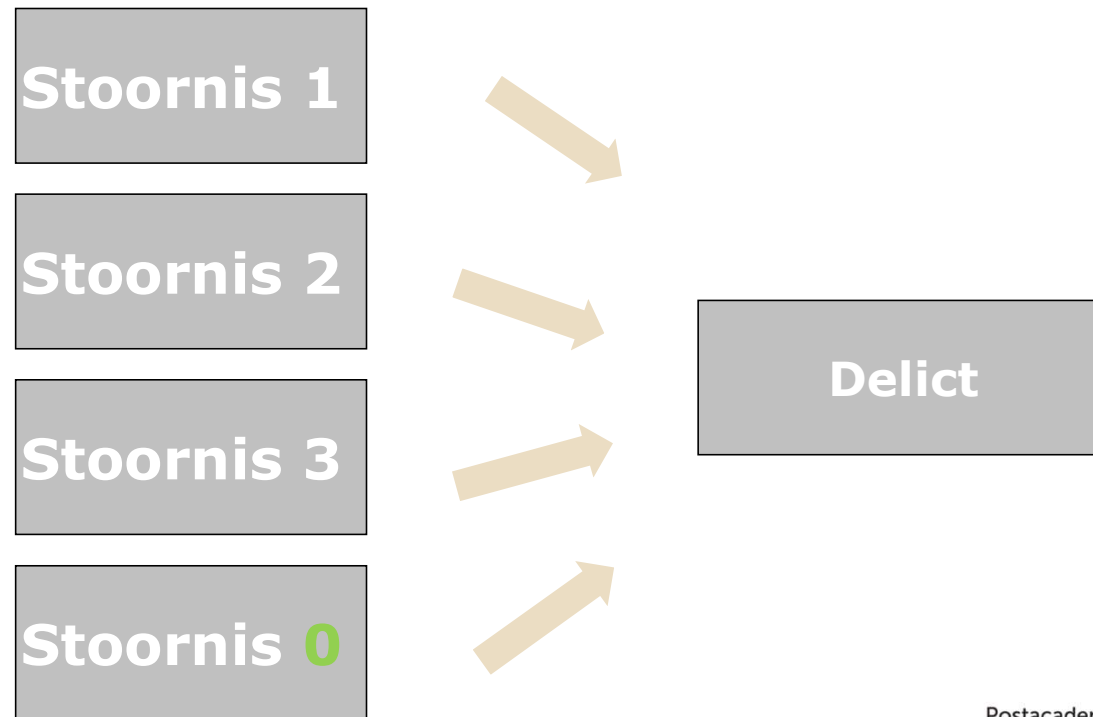
---

## Historisch (psychopatenwet 1928)



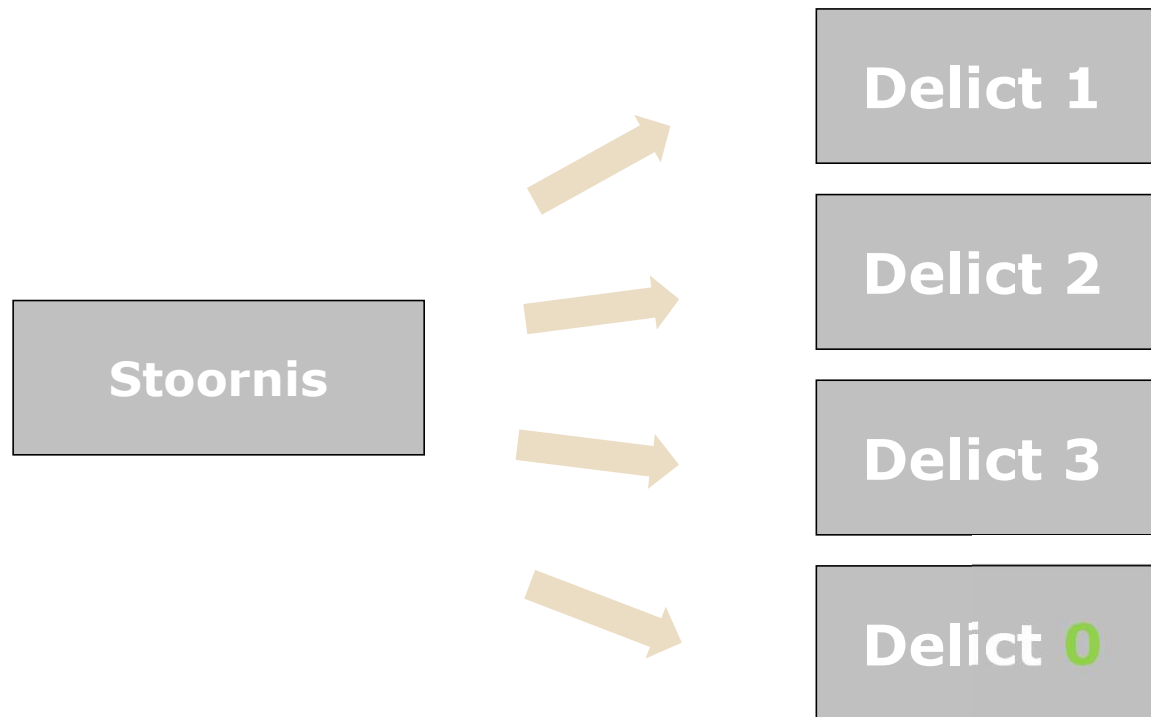
---

# Delictgedrag is multicausaal



---

# Delictgedrag is divers



---

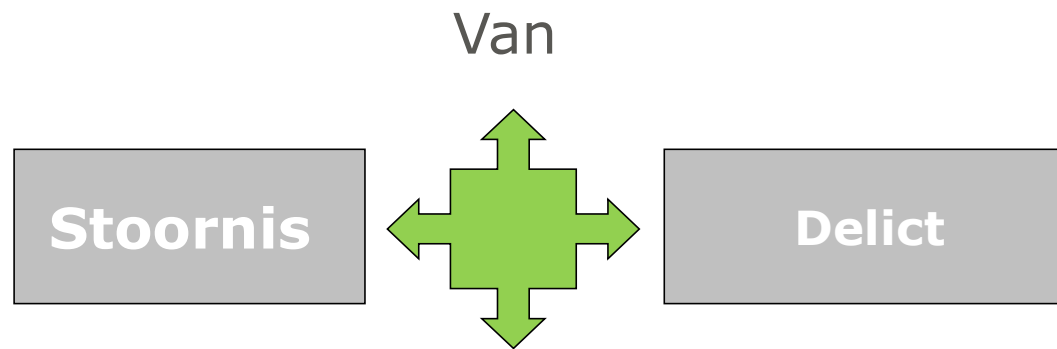
# Wetenschappelijke inzichten

Van

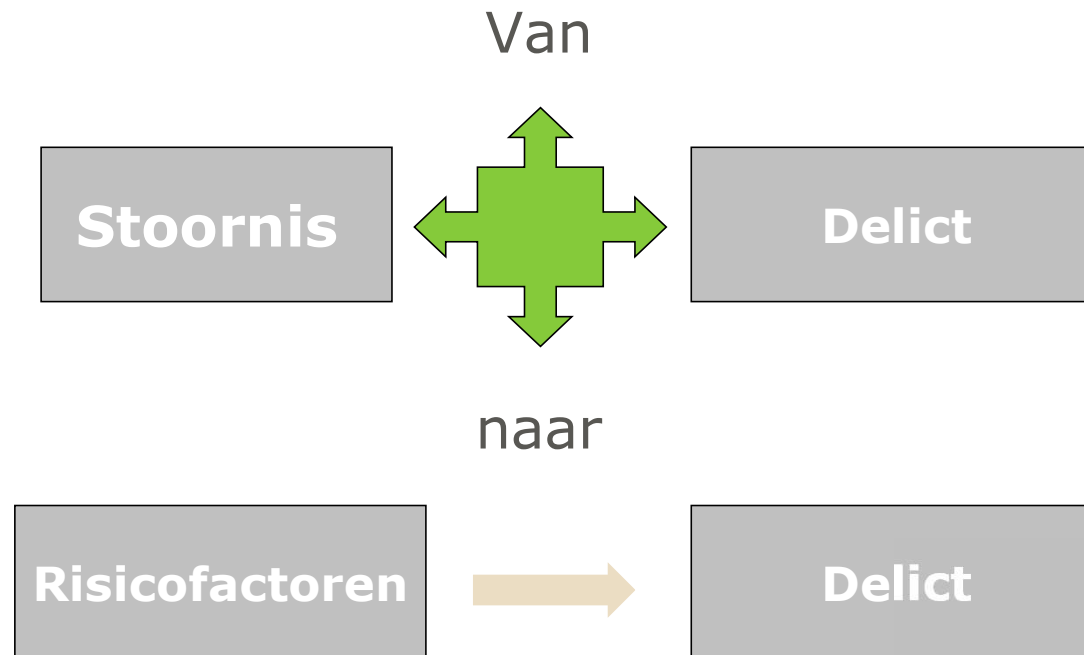


---

# Wetenschappelijke inzichten



# Wetenschappelijke inzichten



---

## Doelstelling forensische zorg

- Het **terugdringen van delictrecidive** door het bieden van een samenhangend behandelaanbod:
  - Gericht op het verkleinen van de delictrisico's om zo tot veilige resocialisatie en/of rehabilitatie te komen
  - Door het landelijk zorgprogramma forensische psychiatrie van het EFP te volgen dat gebaseerd is op de internationale gouden standaard
- Hierbij hangt de precieze **aard van de behandeling** af van:
  - De dynamiek van de stoornis
  - De hoogte van het risico op delictrecidive, mede bepaald door de risico- en beschermende factoren.

## 'What works'-principe van Andrews en Bonta (1990; 2007; 2010)

- Alleen gevangenisstraf opleggen heeft een minimaal effect op het voorkomen van recidive en kan recidivekans zelfs vergroten (Pogarsky & Piquero, 2003; Smith, Goggin & Gendreau, 2002)
- Maar behandeling is enkel effectief voor recidivevermindering mits er gewerkt wordt vanuit een aantal **evidence based** principes.



Risk  
principe



Need  
principe



Responsivity  
principe

---

## 'What works'-principe van Andrews en Bonta (1990; 2007; 2010)



Wie?



Wat?



Hoe?

---

## RISK: Risicoprincipe: *wie behandelen?*

Stem de behandelintensiteit af met het recidiverisico van de cliënt

- Het recidiverisico staat centraal; **niet** de stoornis
  
- De cliënt met een hoge kans op recidiveren is gebaat bij een meer intensieve behandeling
- De cliënt met een lage kans op recidiveren is gebaat bij een minder intensieve of zelfs **geen** behandeling
  - Bij verkeerde afstemming van behandelintensiteit kan recidiverisico toenemen (Bonta, Wallace-Capretta & Rooney, 2000)



Dus:

Criminogene behoeften ('need') zijn dynamische risicofactoren waar de focus van de behandeling naar uit moet gaan vanwege de directe relatie met recidive

Persoonlijke behoeften ('want') kunnen belangrijk zijn maar staan niet direct in relatie tot delictpleging



## De 'Central Eight' risicofactoren (Andrews & Bonta, 2006)

- Er zijn 8 sterk voorspellende risicofactoren voor **algemeen delictgedrag**
  - 1 statische
  - 7 dynamische en dus (deels) beïnvloedbaar in de behandeling

### De vier beste voorspellers:

1. Geschiedenis van antisociaal gedrag: vanaf jonge leeftijd veelheid aan delicten
2. Antisociale grondhouding/ persoonlijkheid: impulsief, agressief, egocentrisch, avontuurlijk en lustgericht, ongevoelig temperament, zwakke zelfcontrole
3. Pro-criminele attitude: antisociale normen en waarden, identificatie met criminaliteit, gevoelens van woede, wrok en verzet
4. Pro-criminele sociale omgeving: criminele vrienden, isolatie van pro-sociale anderen

---

## Naast deze zijn er nog 4 sterke voorspellers: welke?

- Lage zelfwaardering?
- Middelenmisbruik?
- Psychose?
- Emotionele problemen?
- Problemen in familie-/ partnerrelaties?
- Gebrek aan opleiding/werk?
- Gebrek aan vrijetijdsbesteding?
- Gezondheid?

---

## Naast deze zijn er nog 4 sterke voorspellers: welke?

- Lage zelfwaardering
  - Middelenmisbruik
  - Psychose
  - Emotionele problemen
  - Problemen in familie-/ partnerrelaties
  - Gebrek aan opleiding/ werk
  - Gebrek aan vrijetijdsbesteding
  - Gezondheid
- Deze 7 dynamische risicofactoren worden **criminogene behoeften** genoemd
- Alle overige factoren zijn **niet-criminogeen**

## Criminogene behoeften uit de 'Central Eight' (Andrews & Bonta, 2006)

Criminogene behoeften	Indicatoren	Interventiedoelen
Antisociale grondhouding/ persoonlijkheid	Impulsiviteit, 'thrill/ adventure seeking', rusteloosheid, agressief gedrag, prikkelbaarheid	Vergroten van vaardigheden binnen zelfmanagement, zelfregulatie, agressiehantering
Pro-criminele attitudes	Rationaliseren van delicten, negatieve houding t.o.v. justitie	Ombuigen van criminele naar pro-sociale attitudes/identiteit
Pro-criminele sociale omgeving	Criminele vrienden, isolatie van pro-sociale anderen	Vervangen van criminele door pro-sociale vrienden
Middelenmisbruik	Misbruik van alcohol en/of drugs	Verminderen middelenmisbruik; aanleren van alternatieven
Problemen familie-/ partnerrelaties	Slechte relaties, pedagogische en/of emotionele verwaarlozing	Aanleren van relationele en sociale (opvoed)vaardigheden
Problemen school/ werk	Slechte prestaties, laag niveau van tevredenheid	Vergroten van vaardigheden en intrinsieke motivatie voor school/ werk
Problemen pro-sociale vrijetijds-/ dagbesteding	Gebrek aan betrokkenheid in pro-sociale (recreatieve) activiteiten	Aanmoedigen deelname pro-sociale activiteiten, leren van sport/ spel

- Belang van deze criminogene behoeften recent opnieuw aangetoond met meta-analyse (Serin et al., 2013)

## Responsiviteitsprincipe: *hoe behandelen?*

Sluit de behandeling en de type interventies aan bij de leerstijl en leervermogens van de cliënt



- Externe responsiviteit:
  - Vorm van behandeling
  - Kenmerken van de therapeut
  - Beschikbaarheid van adequate interventies
  - Mogelijkheden die de behandelomgeving biedt (stabiliteit, kwaliteit van leven, mobiliteit)
  
- Interne responsiviteit:
  - Houd rekening met de individuele kenmerken van een cliënt: intellect, persoonlijkheid, stoornis, behandelmotivatie, leerstijl

Een responsieve behandeling hangt samen met 23% minder recidive

(Andrews & Bonta, 2007)

---

## 'What works'-principe van Andrews en Bonta (1990; 2007; 2010)



Risk:  
Wie?



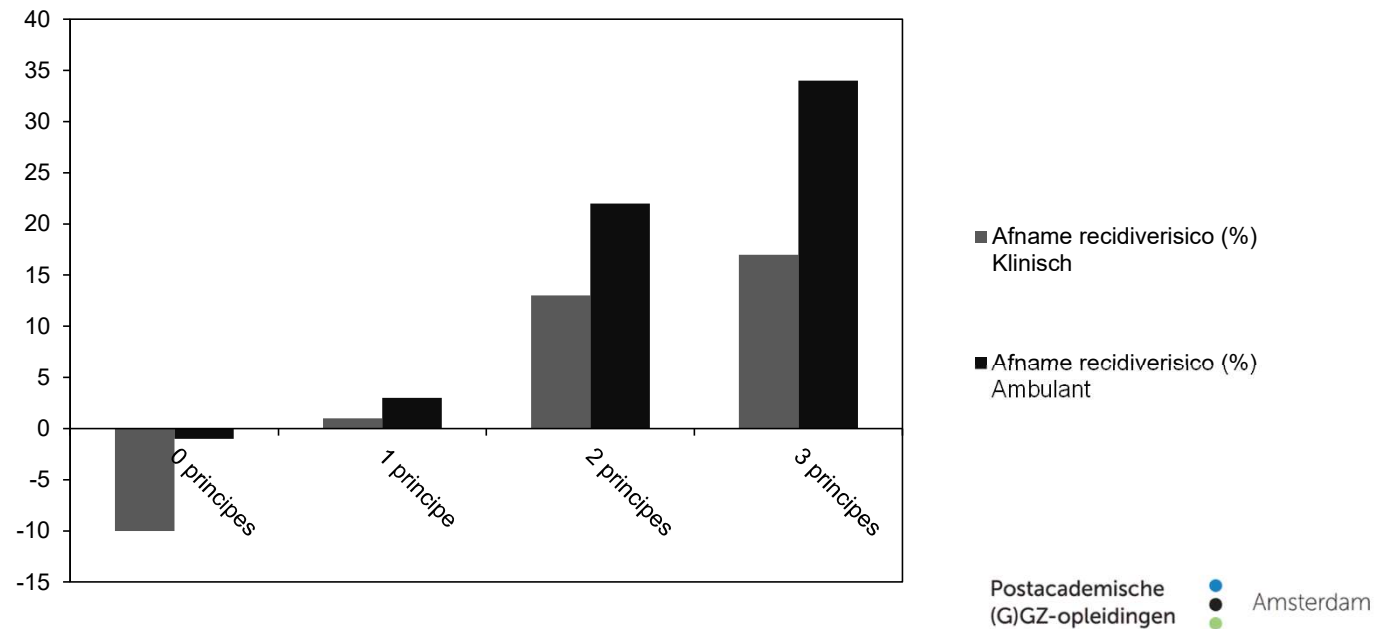
Need:  
Wat?



Responsivity:  
Hoe?

## Bewijs voor Risk-Need-Responsivity model (Andrews & Bonta, 1990; 2007; 2010)

- Diverse studies en meta-analyses laten een lager recidivepercentage zien na behandeling **met** versus behandeling **zonder** het RNR principe (o.a. Andrews et al., 1990; Lipsey & Wilson, 1993; Andrews & Dowden, 2006; Bonta & Andrews, 2007; Hanson et al., 2009)
- Hierbij is het behandel-effect groter wanneer aan alle principes voldaan wordt



# PRIMARY GOODS



**Gezondheid**



**Verbondenheid**



**Kennis**



**Gemeenschapszin**



**Goed zijn in**



**Spiritualiteit**



**Autonomie**



**Geluk, plezier,  
genot**



**Innerlijke  
rust**



**Creativiteit**

**MIJN BASISBEHOEFTE**

---

# AAN DE SLAG! CASUS: PSYCHOSE BIJ EEN MAN MET SCHIZOFRENIE

- **Beschrijving:** Mark is een 35-jarige Nederlandse man die onlangs door de politie is opgepakt nadat hij in zijn onderbroek op een auto stond, zwaaiend met een mes en schreeuwend tegen mensen op straat. Mark is gediagnosticeerd met schizofrenie en heeft in het verleden meerdere psychotische episoden meegemaakt. Hij komt uit een gebroken gezin met een instabiele thuissituatie in zijn jeugd. Op school had hij veel moeite om zich te concentreren en behaalde uiteindelijk alleen een basisopleiding. Mark heeft sinds zijn tienerjaren regelmatig contact gehad met politie en justitie, vaak gerelateerd aan kleine incidenten en openbare ordeverstoring tijdens psychotische episodes.
- Naast zijn schizofrenie heeft Mark een langdurige geschiedenis van cannabisgebruik, waarmee hij aanvankelijk begon als copingmechanisme om zijn psychische klachten te verlichten. Dit gebruik lijkt echter zijn symptomen te verergeren en psychoses uit te lokken, vooral tijdens periodes van stress. Zijn sociale netwerk is beperkt en hij woont momenteel alleen, met minimale ondersteuning van hulpverleners. Hij staat open voor behandeling, maar ervaart vaak terugval vanwege zijn instabiele situatie en middelengebruik. Mark wil graag meer grip krijgen op zijn leven en de psychotische symptomen leren beheersen.

## OPDRACHT RNR

- Welke dynamische risicofactoren zie je bij Mark?
- Welke protectieve factoren zijn er?
- Denk je aan een verhoogd of laag recidiverisico?
- Wat heeft Mark nodig aan interventiedoelen?
- Welke beperkingen zie je? Haalbaarheid? Waar moet je rekening mee houden?



## RNR SCHEMA CASUS MARK

### R – Risico\*\*

Herhaalde ontregeling + gevaarlijk gedrag in psychose

Eerdere incidenten met politie tijdens psychoses

Onvoldoende behandeling en sociale steun

Woonsituatie alleen, beperkte monitoring

**N – Criminogene behoeften** (dynamische risicofactoren)\*\*

**Middelengebruik:** cannabis triggert psychose → *verminderen, middelenbehandeling, alternatieven leren*

**Psychiatrische instabiliteit:** therapietrouw, stressmanagement, crisisplan

**Weinig dagstructuur:** activering, dagbesteding, ritme

**Beperkt sociaal netwerk:** opbouwen prosociaal netwerk, herstel ondersteunende contacten

### R – Responsiviteit\*\*

**Laag ziekte-inzicht** → eenvoudige uitleg, herhaling, visuele ondersteuning

**Motivatie fluctueert** → motiverende gespreksvoering, kleine haalbare stappen

**Cognitieve beperkingen door psychose** → concreet, kort, oefenen in kleine opdrachten

**Culturele/persoonlijke voorkeuren:** aansluiten bij zijn copingstijl en tempo

---

## PROTECTIEVE FACTOREN CASUS MARK



ENIGE MOTIVATIE VOOR  
BEHANDELING



ENIGE ZIEKTE INZICHT  
EN ZIEKTEBESEF

Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

• Amsterdam

**RINO** •  
amsterdam

---

## STEL DAT.... SCENARIO 1

- Mark komt na een nacht in de cel en een crisisbeoordeling door een psychiater weer op vrije voeten. Hij is namelijk vrijwillig bereid om medicatie te nemen en komt op de psychiater niet meer psychotisch of dreigend over.
- Mark gaat weer naar huis, neemt een paar dagen trouw zijn medicatie en begint weer met blowen. Hierdoor raakt hij steeds achterdochtiger en kan hij minder goed slapen. Mark raakt weer psychotisch en heeft het sterke vermoeden dat hij in de war is geraakt door zijn buurman die hem vaak uit zijn slaap houdt met luide muziek. Om zichzelf te kalmeren gaat Mark steeds meer cannabis roken.
- Op een dag is Mark het zat. Hij zet zijn muziek zo hard zodat hij geen geluiden van de buurman meer hoort. Dan gaat de bel. Mark is bang dat iemand hem komt halen om hem op te sluiten. Voor de zekerheid pakt hij een keukenmes en opent de deur. Zijn buurman staat voor de deur en schreeuwt tegen Mark of hij soms gek is geworden. Dit is voor Mark de druppel en hij valt de buurman aan met het mes. De buurman overlijdt ter plekke aan zijn verwondingen.
- De politie is inmiddels ter plaatse en rekt Mark in. Mark wordt vastgezet.

# MARK WORDT VOORGELEID EN DE OVJ VRAAGT ZICH AF OF ER MISSCHIEN SPRAKE IS VAN EEN PSYCHISCHE STOORNIS BIJ MARK

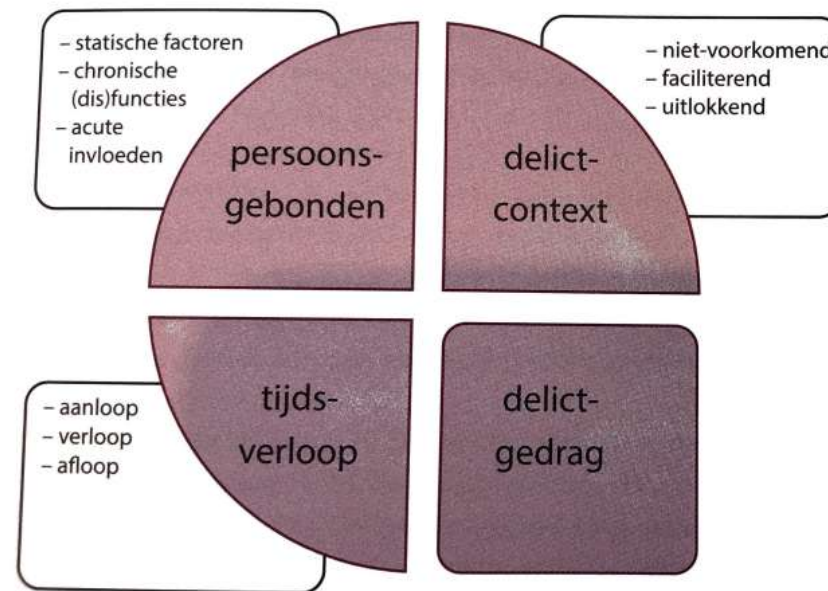


# DESKUNDIGHEID PSYCHOLOOG EN PSYCHIATER

- BIG registratie
- Registratie in NRGD
- Rol NIFP



# FORENSISCHE GEDRAGSANALYSE



Retrospectief: wie is deze persoon? is er pathologie? hoe was diens handelen? hoe was het inschattingsvermogen? hoe was het sturingsvermogen?

Prospectief: hoe is de herhalingskans? (hoe) is die te beïnvloeden?

# HET ONDERZOEKEN VAN EEN PSYCHISCHE STOORNIS



Schizophrenia



Insomnia



Phobia



Anxiety disorder



Bulimia nervosa



Anorexia nervosa



Dissociative identity disorder



Mania



Narcissistic personality disorder



Depression



OCD



Stress



Bipolar disorder



Suicidal thoughts



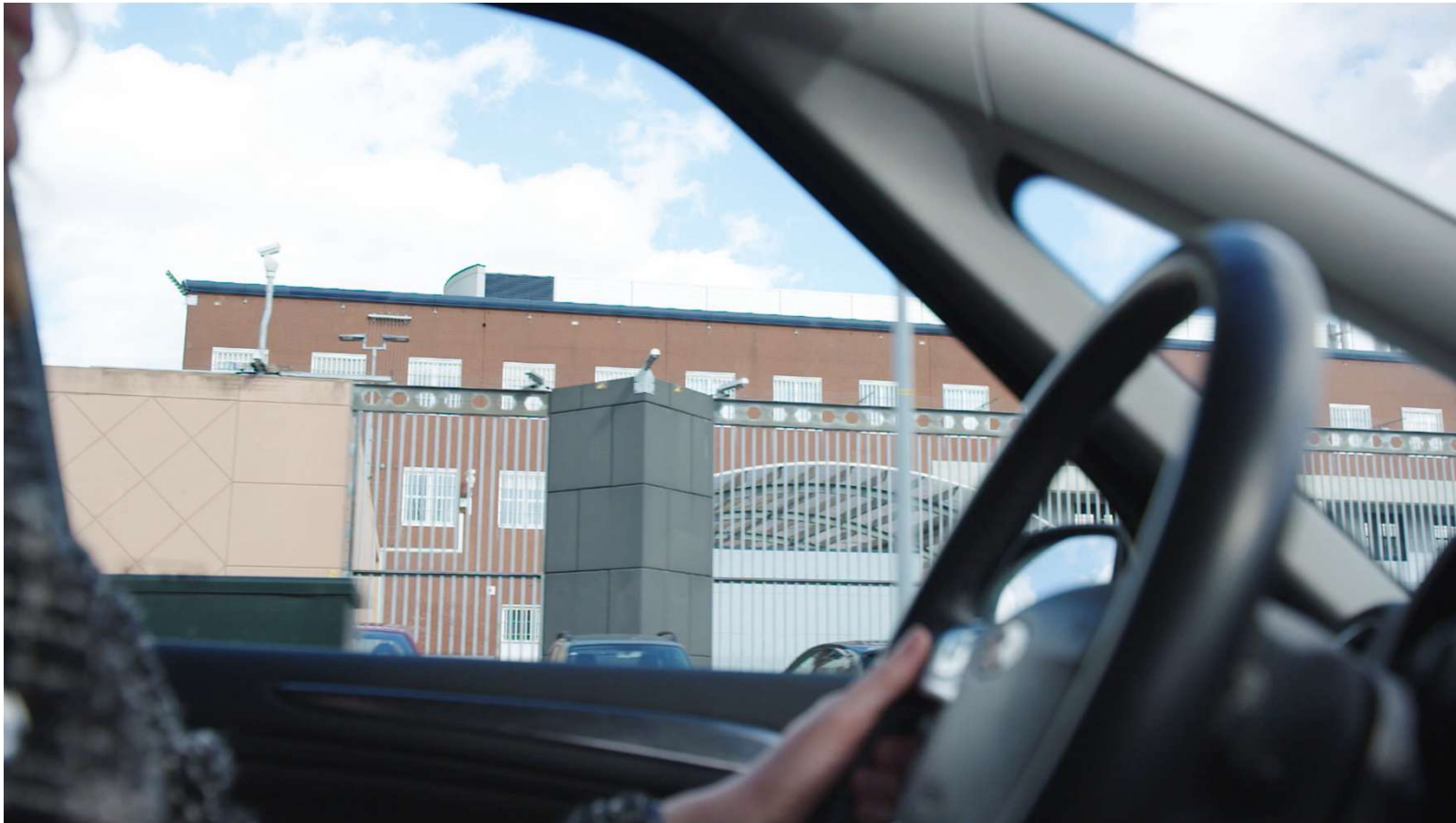
Autism



Post-traumatic stress disorder

---

## AAN DE SLAG! DE PJ RAPPORTEUR



# OPZET EN FORMAT PJ RAPPORTAGE





## DOEL

Informatie geven met betrekking tot het gedrag dat voor niet-  
psychologen/psychiaters begrijpelijk is.

Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

Amsterdam

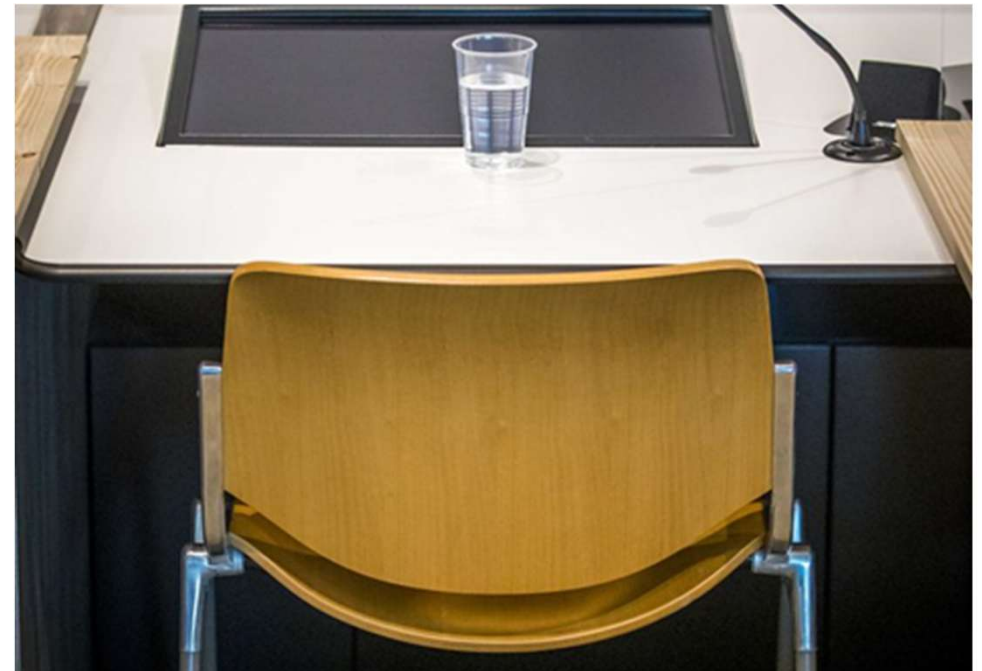
**RINO**  
amsterdam

“Niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de psychische stoornis en/of **verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening** niet kan worden toegerekend.”



# ONTOEREKENBAAR

- Iemand is ontoerekeningsvatbaar als er sprake is van een psychische stoornis, verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening, waardoor hij niet verwijtbaar is voor een strafbaar feit. Het is aan de rechter om te bepalen of dit zo is. En in welke gradatie iemand ontoerekeningsvatbaar is. Je kunt namelijk volledig ontoerekeningsvatbaar, of verminderd toerekeningsvatbaar zijn.



## TOEREKENBAAR?

- Het is de taak van de rapporterende gedragsdeskundige om de rechter te adviseren over de mate waarin het delict de verdachte kan worden toegerekend, met ander woorden: in welke mate de verdachte vatbaar is voor die toerekening.
- Discussie over gebrek aan deskundigheid van psycholoog/psychiater over toerekenen van een delict aan den verdachte



# ONTOEREKENBAAR

- Blijkt de verdachte in geen enkel opzicht toerekenbaar? Dan is het niet mogelijk hem een gevangenisstraf op te leggen. In dat geval kan hem alleen een strafrechtelijke maatregel worden opgelegd, zoals een opname in een psychiatrische instelling en/of tbs. Dit komt in de praktijk zeer weinig voor. Wordt hij verminderd toerekenbaar verklaard? Dan leidt dit meestal tot een minder hoge straf, met psychiatrische behandeling en/of dwangverpleging. Voor het deel dat de verdachte wél toerekenbaar is, krijgt hij gevangenisstraf. Na het uitzitten van de gevangenisstraf wordt hij verplicht opgenomen in één van de tbs klinieken in Nederland om behandeld te worden aan de geconstateerde problematiek.



## ONTOEREKENINGSVATBAAR DOOR ALCOHOL/DRUGS?

- Stel je voor: je bent onder invloed van alcohol of drugs en pleegt op dat moment een strafbaar feit. Maakt dit uit voor jouw toerekeningsvatbaarheid? Nee, in principe niet. In de wet is vastgelegd dat iemand zich alleen op ontoerekeningsvatbaarheid kan beroepen, als er sprake is van een psychische stoornis, verstandelijke handicap en/of psychogeriatrische aandoening. Met andere woorden: kom je door jouw eigen toedoen in de situatie terecht dat je de wet overtreedt? Dan ben je in de ogen van de rechter verwijtbaar.
- Wel is dit een grijs gebied, want niet iedereen die alcohol of drugs gebruikt kiest daar per definitie zelf voor. Bijvoorbeeld wanneer iemand verslaafd is. Of wanneer iemand onbewust of onvrijwillig alcohol of drugs inneemt. Daarom zal een rechter per situatie bekijken in hoeverre er sprake is van verwijtbaarheid.



## Culpa in causa

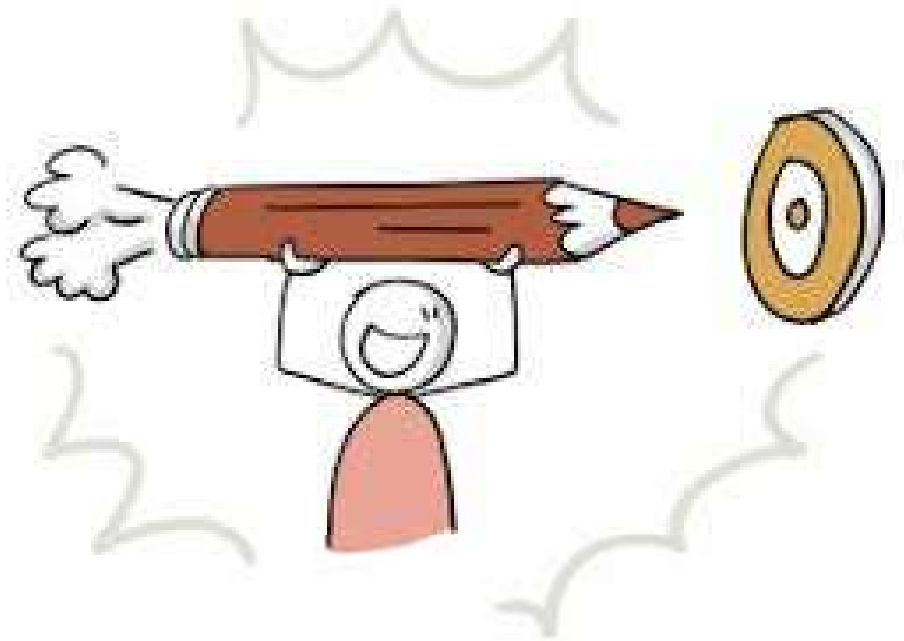
## TERUG NAAR MARK.....

- De PJ rapporteurs stellen dat er ten tijde van het tenlastegelegde sprake was van een psychische stoornis in de vorm van schizofrenie en een stoornis in het gebruik van cannabis (matig).
- Is er sprake is van een doorwerking van de stoornissen in het tenlastegelegde?
- Is er ook sprake van een verminderde of gehele ontoerekenbaarheid?
- En had hij kunnen weten dat je van cannabis psychotisch kunt worden?
- Welke riscofactoren zie je? En is er een kans op terugval?
- Wat heeft hij nodig om terugval te voorkomen en zou je hierbij behandeling adviseren?
- Wat kun je zeggen over de haalbaarheid?



## ADVIES VAN DE PSYCHOLOOG EN PSYCHIATER

- Het advies is om Mark het tenlastegelegde niet toe te rekenen en hem een TBS behandeling op te leggen. De rapporteurs schatten het recidiverisico zonder behandeling en medicatie in als hoog en op de lange termijn met medicatie en behandeling op matig. Omdat er bij Mark wel sprake is van enige ziektebesef, -inzicht en enige behandelmotivatie wordt een TBS met voorwaarden geadviseerd. Behandeling dient bij aanvang te geschieden in een klinische setting om zodoende Mark goed in te kunnen stellen op medicatie, hem psycho-educatie te bieden en behandeling voor zijn cannabisverslaving. Mark is gemotiveerd om hiermee in een kliniek aan de slag te gaan.



## VONNIS

- De rechtbank vindt Mark verminderd toerekeningsvatbaar, maar niet helemaal ontoerekeningsvatbaar. Hij had weliswaar een psychose en hij had waanideeën, maar die psychose werd versterkt door blowen. Volgens de rechtbank had Mark kunnen weten dat zijn psychose erger zou worden door het roken van wiet. Zijn eerste psychose, kreeg hij immers ook al door blowen.
- De rechtbank zag behalve de celstraf geen andere mogelijkheid voor behandeling dan tbs met dwang. Zonder dwang zou Mark een te groot gevaar vormen voor anderen. Hij kwam eerder, ondanks zijn psychose, al zo 'normaal' over dat hulpverleners hem weer wegstuurden. De rechtbank denkt ook dat hij de rest van zijn leven gevaarlijk kan zijn voor anderen.



## TBS KLINIEK



## TERUG NAAR MARK, SCENARIO 2 ....

- Stel je voor dat Mark nadat hij in de cel heeft gezet weer naar huis gaat, zijn behandeling weer op wil pakken met zijn behandelaar en stopt met het gebruiken van cannabis.
- Zijn behandelaar is echter bang van hem geworden want Mark had immers een mes gepakt. Ook weet de hulpverlener dat Mark in zijn jonge jaren in aanraking is geweest met politie en Justitie. Hij schat in dat Mark heel erg gevaarlijk is en meldt Mark aan bij een Forensische polikliniek. Daar willen ze hem echter niet in zorg nemen want er is geen strafrechtelijk kader. Zij vinden dat het gedrag van Mark in de reguliere GGZ behandeld moet worden.
- Wat nu??



# Tbs zit muurvast: gijzeling in Vught zoveelste noodsignaal



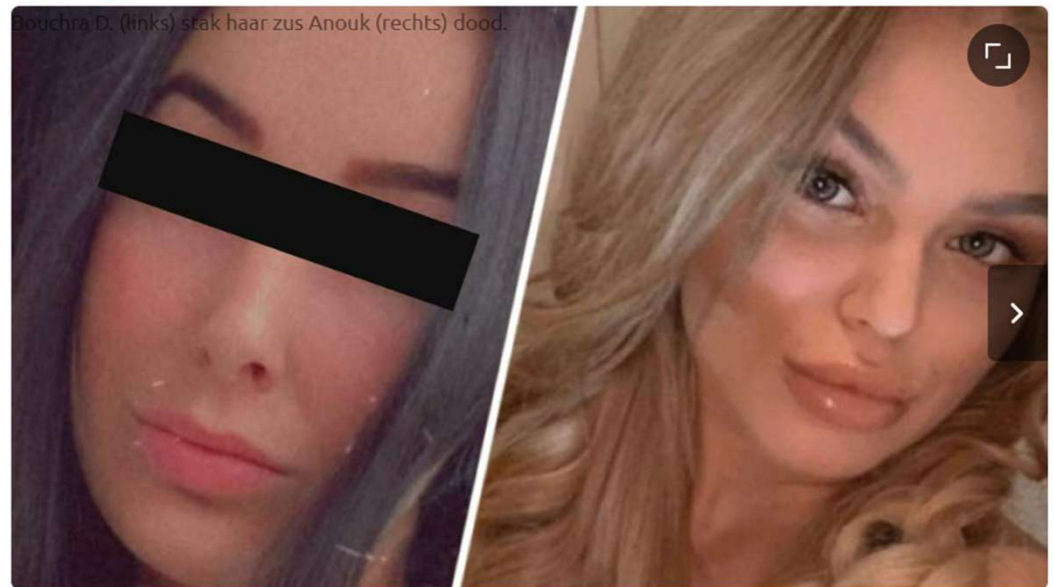
Gerlof Leistra 12 december 2025



Longstayvoorziening voor tbs-gestelden op het terrein van de PI Vught. (Foto ANP).

# Hoger beroep: OM eist tien jaar cel en tbs met dwang voor Bouchra D.

12 november 2025 om 16:10 • Aangepast 21 november 2025 om 09:36





▲ De recherche en forensische opsporing doen onderzoek in het huis aan de Bisschop Godschalkstraat, waar het slachtoffer werd gevonden. © De Kort Media/Toby de Kort

## Wakkert gebruik cannabis schizofrenie aan? Advocate wil duidelijkheid in Tilburgse moordzaak

Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

● Amsterdam

**RINO**  
amsterdam

## DIAGNOSE EN ADVIES VANUIT PJ ONDERZOEK

- Bij betrokkene is sprake van een ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis, al dan niet schizofrenie en van een stoornis in cannabisgebruik, ernstig. Dit heeft tot problemen in zijn psychosociale functioneren geleid, waarbij opgemerkt wordt dat betrokkene al een tijd geen werk of dagbesteding had. Er is sprake van een rechtstreekse doorwerking van de schizofrenie in het tenlastegelegde feit. Het advies is betrokkene het tenlastegelegde niet toe te rekenen. Het recidiverisico wordt ingeschat op matig. Betrokkene heeft enig ziektebesef, -inzicht en is bereid om mee te werken aan behandeling en het nemen van medicatie. Advies is behandeling met klinische start binnen een TBS kader met voorwaarden.





---

## BEDANKT VOOR JULLIE AANDACHT!!


- Meer info?
- Judith Yntema  
jyntema@forlight-ggz.nl



Postacademische  
(G)GZ-opleidingen

● Amsterdam

**RINO**  
amsterdam



STICHTING POSTACADEMISCHE (G)GZ-OPLEIDINGEN AMSTERDAM  
EN RINO AMSTERDAM PRESENTEREN:

# De veelzijdigheid van VEILIG OPLEIDEN

Praktijkopleidersmiddag 2026

12 FEBRUARI  
AMSTERDAM