

Dienst Justitiële Inrichtingen
Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP), Veldzicht

Herstelondersteunend werken in de transculturele forensische psychiatrie

*Een ontwerponderzoek naar wat sociotherapeuten werkzaam bij CTP Veldzicht
nodig hebben om herstelondersteunend te werken*



Eindopdracht Bachelor Social Work | Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool Groningen |
10 januari 2023



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Herstelondersteunend werken in de transculturele forensische psychiatrie

Een ontwerponderzoek naar wat sociotherapeuten werkzaam bij CTP Veldzicht nodig hebben om herstelondersteunend te werken

Titel:	Herstelondersteunend werken in de transculturele forensische psychiatrie
Subtitel:	Een ontwerponderzoek naar wat sociotherapeuten werkzaam bij CTP Veldzicht nodig hebben om herstelondersteunend te werken
Student en studentnummer:	John de Wit, 403656 Michelle Kaauw, 396487
Datum:	10 januari 2023
Opleiding:	Bachelor Social Work deeltijd Academie voor Sociale Studies, Hanzehogeschool Groningen
Onderdeel:	Eindopdracht
Opdrachtgevende organisatie:	Dienst Justitiële Inrichtingen (CTP Veldzicht)
Opdrachtgever:	Hannah Jongsma
Begeleidende docent:	Anieljah de Kraker-Zijlstra
Aantal woorden:	6451



Dienst Justitiële Inrichtingen
Ministerie van Justitie en Veiligheid

Voorwoord

Voor u ligt het ontwerponderzoek ‘Herstelondersteunend werken in de transculturele forensische psychiatrie’. Het betreft het afstudeeronderzoek voor de deeltijdopleiding Social Work aan de Hanzehogeschool Groningen. Uitvoering van onderzoek, ontwikkeling van het product en de verslaglegging hebben plaatsgevonden in de periode mei 2022 tot en met januari 2023. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Dienst Justitiële Inrichtingen, CTP Veldzicht.

We spreken onze dank uit naar H. Jongsma, senior wetenschappelijk medewerker, die ons gedurende het onderzoek begeleid en ondersteund heeft. Daarnaast willen we de leden van de onderzoekscommissie van CTP Veldzicht bedanken, bestaande uit: de geneesheer-directeur (psychiater en epidemioloog), directeur behandeling, senior medewerker transcultureel werken, transcultureel wetenschappelijk medewerker, een promovendus en drie GZ-psychologen in opleiding tot specialist. Zij hebben actief meegedacht in de vormgeving van het onderzoek en ons voorzien van feedback vanuit hun expertise. Verder willen we de jurist bedanken voor verstrekking van informatie. Ook de behandelaar, sociotherapeuten en patiënten zijn van grote waarde geweest voor ons onderzoek, daar ze zich open en betrokken hebben opgesteld en mee hebben gewerkt aan interviews. Ten slotte willen we onze adviesdocent en medestudenten bedanken die gedurende het hele traject bereid waren om mee te denken en te ondersteunen.

Managementsamenvatting

Dit ontwerponderzoek is uitgevoerd binnen het Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht in Balkbrug. Het kenniscentrum van CTP Veldzicht is opdrachtgever van dit onderzoek. Het onderzoek heeft betrekking op het verkennen van herstelondersteunende interventies die groepsbegeleiders (sociotherapeuten) in kunnen zetten in de begeleiding van ongewenst vreemdelingen met een terbeschikkingstelling (tbs) maatregel. De onderzoekscommissie van CTP Veldzicht tracht inzicht te krijgen hoe bestaande of nieuwe interventies in de context van tbs met verlies van verblijfsrecht patiënten kan ondersteunen bij het bereiken van doelstellingen. Daarbij wordt gericht op persoonlijk- en maatschappelijk herstel en vermindering van recidive risico.

De doelstelling van dit onderzoek betreft het inventariseren wat patiënten ervaren in de samenwerkingsrelatie met sociotherapeuten en wat sociotherapeuten behoeven om te werken vanuit een herstelondersteunende visie. Dit is gericht op persoonlijk- en maatschappelijk herstel van de patiëntenpopulatie binnen een context van transculturele, forensische en psychiatrische behandeling. Hieruit vloeien aanbevelingen en een product voort die stoornis overstijgend zijn.

Een referaat georganiseerd door CTP Veldzicht van S. Castelein, professor en bijzonder hoogleraar 'herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen' heeft voor de onderzoekers aanleiding gegeven om voornamelijk te richten op persoonlijk- en maatschappelijk herstel van de doelgroep. Om informatie en data te verzamelen zijn gevalideerde vragenlijsten gebruikt die de ervaringen van patiënten en sociotherapeuten in het kader van herstelondersteunende relaties meten. Daarnaast zijn gesprekken gevoerd met een focusgroep bestaande uit patiënten evenals een focusgroep bestaande uit sociotherapeuten die werken met ongewenst vreemdelingen met een tbs-maatregel. Ook zijn er interviews gevoerd met belangrijke stakeholders vanwege specifieke kennis en kunde over tbs-behandeling en transculturele psychiatrie. Voorts zijn bestaande werkwijzen in binnen- en buitenland verkend en is er aanvullend literatuuronderzoek gedaan.

Betreffende de doelgroep 'ongewenst vreemdelingen met een tbs-maatregel' is weinig bekend over de werking van herstelondersteunende relaties. Wel zijn er overeenkomsten gevonden tussen cultuursensitieve bejegening en herstelondersteunend werken. Deze overeenkomsten worden bekrachtigd door de internationale definitie van Social Work. Erkenning en herkenning van ontwikkelwensen, krachteninventarisaties maar ook triggers van patiënten kunnen middels relationele banden worden verkend en dragen bij aan het verkrijgen van zicht op de belevingswereld van de patiëntenpopulatie. In de bejegening van patiënten kan behandelwinst worden behaald. Echter binnen een context waar veiligheid en risicobeheersing essentieel zijn, is maatwerk gewenst.

Een belangrijke bevinding in het onderzoek is dat het bevorderen van herstelondersteunende relaties bemoeilijkt wordt door contextuele invloeden. Derhalve is onderzocht wat sociotherapeuten nodig hebben om herstelondersteunend te kunnen werken. Uit ons onderzoek blijkt dat sociotherapeuten hierin afstemming wensen met meerdere disciplines om zodoende herstelbevordering gericht op persoonlijk- en maatschappelijk herstel te agenderen. Hiervoor achten zij het wenselijk om hier aandacht aan te besteden middels structurele overlegvormen. Daarbij vragen ze aandacht voor afstemming met de patiënt, diens ontwikkelwensen en krachten.

Werken vanuit een herstelondersteunende visie doet een beroep op de normatieve reflectie van de professional. Dit in acht nemend is herstelgericht casuïstiekoverleg met meerdere betrokken disciplines een middel om de zorgbehoefte aangaande persoonlijk- en maatschappelijk herstel nader te exploreren. Het verkennen van levensbehoeften, doelen en krachteninventarisaties gestoeld op methodieken die overeenkomsten kennen met herstelondersteunende zorg, bieden hiervoor uitkomsten.

De onderzoekers hebben op basis van verkregen informatie en data ontwerpeisen vastgesteld en deze vertaald in een 'handreiking herstelondersteunend casuïstiekoverleg'. Dit product moet in de praktijk uitwijzen of het werkbaar is om de effectiviteit te monitoren. Aanwijzen van aandachtsfunctionarissen met kennis en affiniteit aangaande herstelondersteuning kan bijdragen aan verdere implementatie van de handreiking.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Managementsamenvatting

1 Beschrijving van het advies.....	7
1.1 Waar draagt het adviesrapport aan bij?	7
1.2 Kansen en kwaliteitsverbetering.....	7
2 Aanleiding en doelstelling van het advies	8
2.1 Inleiding.....	8
2.2 Context	9
2.2.1 Organisatie.....	9
2.2.2 Doelgroep	9
2.2.3 Wetgeving	9
2.2.4 Herstelondersteunend werken in de maatschappij en forensische zorg.....	10
2.3 Probleemanalyse.....	10
2.3.1 Organisatie.....	10
2.3.2 Maatschappelijk.....	11
2.3.3 Doelgroep	11
2.4 Doelstelling	12
2.5 Onderzoeksvraag	12
3 Onderbouwing aanpak en inhoud.....	13
3.1 Kwalitatief praktijkonderzoek	13
3.1.1 Hoofdbehandelaar/ gezondheidszorgpsycholoog.....	13
3.1.2 Transcultureel wetenschappelijk medewerker.....	13
3.1.3 Focusgroep patiëntenraad	13
3.1.4 Focusgroep sociotherapie	14
3.1.5 Conclusie	14
3.2 Kwantitatief praktijkonderzoek	14
3.2.1 RPRS-instrument.....	15
3.2.2 Methode.....	15
3.2.3 Resultaten en analyse	15
3.3 Bestaande werkwijzen en literatuuronderzoek.....	16
3.3.1 Good Lives Model.....	17
3.3.2 See Think Act.....	17
3.3.3 Forensic High Intensive Care	17
3.4 Ontwerpeisen.....	18
3.5 Ontwerpvoorstel	18

3.6 Evaluatie.....	18
4 Aanbevelingen.....	20
4.1 Verdere ontwikkeling van het product	20
4.2 Toegankelijkheid.....	20
4.3 Eigenaarschap.....	20
4.4 Multidisciplinaire samenwerkingen	20
4.5 Inzet product in patiëntencontact.....	21
4.6 Bredere implementatie in de organisatie	21
4.7 Agenderen en evalueren	21
Bronnenlijst	22
Bijlagen	24
Bijlage 1: Onderzoeksvoorstel	24
Bijlage 2: Samengevatte interviewverslagen.....	36
2.1 Hoofdbehandelaar/gezondheidszorgpsycholoog	36
2.2 Transcultureel wetenschappelijk medewerker.....	36
2.3 Patiëntenraad	37
2.4 Focusgroep	39
Bijlage 3: Pyramid Model of Recovery-Oriented Professional Competencies	43
Bijlage 4: RPRS-Scale – originele vragenlijst.....	44
Bijlage 5: RPRS-Scale – Voor het onderzoek gebruikte (vertaalde) vragenlijst.....	47
5.1 Vragenlijst voor de patiënten.....	47
5.2 Vragenlijst voor de sociotherapeuten	53
Bijlage 6: De resultaten vragenlijsten en berekening	59
Bijlage 7: Best practices	63
7.1 Good Lives Model.....	63
7.2 See Think Act.....	64
7.3 Forensic High Intensive Care (FHIC)	65
Bijlage 8: Evaluatie van het product	67
8.1 Uitkomsten eerste evaluatieronde.....	67
8.2 Uitkomsten tweede evaluatieronde.....	68

1 Beschrijving van het advies

In dit hoofdstuk staat beschreven waar het advies aan bijdraagt, evenals welke kansen en kwaliteitsverbetering het kan opleveren.

1.1 Waar draagt het adviesrapport aan bij?

Op basis van onderzoek naar wat sociotherapeuten nodig hebben om herstelondersteunend te werken, is een advies ontwikkeld uitmondend in een onderzoeksverslag en een product. Het product betreft een handreiking voor herstelgericht casuïstiekoverleg. Herstelgericht casuïstiekoverleg beoogt dat sociotherapeuten en andere disciplines maatwerk kunnen leveren aan patiënten ter bevordering van hun herstelproces. Professionals die deelnemen aan het overleg kunnen van elkaar leren door uitwisseling van zienswijzen en kennis. Het verkennen van handelingsalternatieven gericht op herstelbevordering doet daarnaast een beroep op de normatieve reflectie van professionals, daar er meerdere perspectieven en gevoelsaspecten verkend worden.

De structuur van het overleg is vormgegeven op basis van de regulatieve cyclus ontleend aan Van Strien (1986). De reden dat dit model is geïntegreerd, betreft dat het de stappen expliciteert die professionals kunnen doorlopen in het hulpverleningsproces. De stappen betreffen: verkennen wat het probleem is (screening en analyse van de casus), wat de hypothesen zijn per gebied, wat de doelen zijn voor de aanpak, welk plan er gemaakt wordt, welke acties hiervoor uitgezet moeten worden en een evaluatie waarin wordt onderzocht of de aanpak heeft geholpen en hoe te continueren. Zodoende kan met behulp van de regulatieve cyclus tot onderbouwde besluiten ten behoeve van de begeleiding en behandeling gekomen worden (Nabuurs, 2020). Verder zijn elementen uit intervisie geïntegreerd die aanzetten tot reflectie bij de professionals, evenals aspecten afgeleid uit bestaande werkzame herstelgerichte interventies.

1.2 Kansen en kwaliteitsverbetering

Het product biedt sociotherapeuten en andere disciplines handvatten om op methodische wijze te verkennen hoe het herstelproces van individuele patiënten bevorderd kan worden. Bijgevoegde tools in het product zijn helpend ter voorbereiding van de inbreng. Ondersteunend aan het product vormen waarden uit de definitie Social Work van de Internationale Federatie Social Work (IFSW) uitgangspunten om vorm te geven aan het product. Het richten op krachteninventarisaties, bevorderen van empowerment en oog voor ontwikkelwensen van mensen in hun sociale omgeving met respect voor diversiteit en menselijke waardigheid, vormen uitgangspunten van het sociaal werk (BPSW, 2021). De uitgangspunten leveren een bijdrage aan kansen en kwaliteitsverbetering ten behoeve van het bestaande behandelaanbod binnen CTP Veldzicht. Door het inventariseren van krachten en ontwikkelwensen van patiënten wordt het sociaal functioneren van patiënten vergroot. Zij worden actief betrokken en hun inbreng vormt een belangrijk onderdeel van het herstelgerichte casuïstiekoverleg. Daarnaast heeft het een positieve invloed op de intrinsieke behandelmotivatie wat de behandelactiviteit vergroot. Ook bevordert het de ontwikkeling van adequate copingvaardigheden waardoor de kans op agressie en recidive reduceert (Barendregt, 2018). Derhalve draagt het product bij aan versterking van sociale veiligheid. Voor patiënten die meer regie wensen aangaande hun behandeling, kan het product bijdragen aan versterking van rechtvaardigheid. Ten slotte sluit het product aan bij de innovatiewens van de organisatie om meer stoornis overstijgende interventies toe te passen en meer vanuit de herstelvisie te werken. Derhalve wordt het sociaal beleid bevorderd.

Het product is geëvalueerd binnen CTP Veldzicht. Uit toetsing in de praktijk zal blijken of hetgeen met het product wordt beoogd volledig behaald kan worden.

2 Aanleiding en doelstelling van het advies

In dit hoofdstuk staan de inleiding, context, probleemanalyse, doelstelling en onderzoeksvraag van het onderzoek beschreven.

2.1 Inleiding

Een geagiteerde patiënt wil een slaande beweging richting een medewerker maken, houdt zich in en trekt zich terug nadat hij de deur hard dichttrekt. De deur werd opengemaakt om de stemming van de patiënt te bepalen. De aanwezige medewerkers hebben elk een eigen interpretatie van de mate van dreiging en welke handelingswijze hierbij aansluit. Er zijn medewerkers die vinden dat de deur onder geen beding geopend mocht worden en op slot gedraaid moest worden. Ook waren er medewerkers die de stemming van patiënt als dusdanig hadden waargenomen dat ze ruimte voelden voor contact.

Vergelijkbare situaties komen regelmatig voor in het werken met patiënten met een terbeschikkingstelling (tbs) maatregel. Het spanningsveld ‘autonomie en begrenzing’ is aan de orde. In dergelijke situaties is het voor professionals lastig om te vermijden dat er ten onrechte al dan niet wordt ingegrepen waardoor de veiligheid in het geding kan komen (Andriessen & Jonge, 2014). Zo worden protocollen en procedures opgevolgd bij veiligheidsrisico's en kan een patiënt een beperkende (straf)maatregel krijgen. Dit kan een time-out, afdelingsarrest, kamerplaatsing of separatie in een isoleercel zijn. Alarmsystemen, hekken en het afsluiten van deuren beperken bewegingsvrijheden en dragen bij aan fysieke veiligheid in de instelling. Echter kunnen professionals ook tot de keuze komen om te handelen vanuit de herstelgerichte benadering en relationele veiligheid. Hierbij wordt ingezet op contact met de patiënt, inzicht in diens belevingswereld, ontwikkelwensen en krachten, maar ook triggers van de patiënt. Door bewustwording van kennis van de patiënt, zelfkennis en de omgeving wordt relationele veiligheid beoogd (Pompestichting, 2020).

2.2 Context

Binnen de forensische psychiatrie wordt gesteld dat er een verschuiving plaatsvindt van vrijheidsbenemende naar herstelgeoriënteerde zorg (Gillespie & Flowers, 2009). De onderzoekers hebben bij de opdrachtgever een voorstel neergelegd om te onderzoeken in welke mate herstelondersteuning onderdeel uit kan maken van bestaande werkwijzen. In dit hoofdstuk worden de organisatie, doelgroep, invloeden door wet- en regelgeving en maatschappelijke ontwikkelingen aangaande herstelondersteunende zorg inzichtelijk gemaakt.

2.2.1 Organisatie

De organisatie betreft een Centrum voor Transculturele Psychiatrie (CTP) Veldzicht en is onderdeel van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI, Ministerie van Justitie en Veiligheid). Transculturele psychiatrie richt zich op de wijze waarop cultuur doorwerkt in psychische problematiek en behandeling (Kortmann, 2010). Binnen CTP Veldzicht verblijven ongeveer 170 patiënten met veelal een migratieachtergrond, psychiatrische problematiek en een (forensische) zorgtitel (CTP Veldzicht, z.d.-a). CTP Veldzicht wil een bijdrage leveren aan de totstandkoming van wetenschappelijke kennis omtrent het specialisme van transculturele psychiatrie. Deskundigheid is van toepassing op het terrein van zorg en veiligheid voor een doelgroep met ernstige psychiatrische aandoeningen waarvoor elders de behandeling vastloopt (CTP Veldzicht, 2018).

2.2.2 Doelgroep

De patiëntengroep waar het onderzoek zich op richt betreffen patiënten die ongewenst vreemdeling zijn verklaard door de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND). Daarnaast hebben zij een tbs-maatregel. Dit houdt in dat de patiënten een delict hebben gepleegd en hiervoor verminderd of volledig ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard wegens het lijden aan een psychische stoornis. Hierdoor zijn de patiënten hun verblijfsstatus in Nederland kwijtgeraakt (CTP Veldzicht, z.d.-b). Dit maakt dat de patiënten hun tbs-behandeling niet kunnen afronden daar resocialisatie in de Nederlandse samenleving geen optie is. Veldzicht biedt klinische behandeling en bereidt de patiënten voor op repatriëring (CTP Veldzicht, z.d.-b).

2.2.3 Wetgeving

Het doel van tbs-behandeling is het terugdringen van het recidiverisico aangaande het plegen van een ernstig delict. De middelen die tbs biedt voor het toetsen van mate van herstel waaronder verlov waren tot voor kort niet van toepassing voor patiënten met een tbs-maatregel die ongewenst zijn verklaard. De Raad van Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (RSJ) heeft in 2021 het advies uitgedragen aan het Openbaar Ministerie om resocialisatieverlov mogelijk te maken voor deze doelgroep. Dit draagt bij aan het voorkomen van een behandelimpasse en een uitzichtloze situatie. De jurist van CTP Veldzicht verduidelijkt dat in juli 2022 is gestart met het bieden van begeleid resocialisatieverlov aan patiënten die meewerken aan behandeling en terugkeer (V. Jellema, persoonlijke communicatie, 20 oktober 2022). De wetgeving die geldt voor patiënten met een tbs-maatregel is de Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden (BVT). In deze wet worden rechten en plichten van de patiënt beschreven. Uitgangspunt bij tbs-wetgeving betreft een gesloten kader waarbij vrijheden mogelijk zijn (Overheid, 2021).

2.2.4 Herstelondersteunend werken in de maatschappij en forensische zorg

In het opleidingsdocument sociaal werk van Meinardi (2017) wordt beschreven dat de sociaal werker in relatie tot de herstelvisie dient te focussen op gezondheid en gedrag van mensen en niet op ziekte en zorg. Mensen beschikken over veerkracht, capaciteiten en mogelijkheden. De sociaal werker ondersteunt hen om hier gebruik van te maken. Onderzoek door Van der Helm, Kröger, Schaftenaar en Van Vliet (2013) binnen de forensische psychiatrie, benadrukt dat het exploreren van ontwikkelwensen en krachteninventarisaties bijdragen aan een positief en veilig leefklimaat. Hierbij wordt een beroep gedaan op de responsiviteit en sensitiviteit van de professional, zonder daarbij te snel over te gaan op beheersmatige interventies.

2.3 Probleemanalyse

In onderstaande subparagrafen wordt verkend in welke mate de organisatie interventies heeft ingezet om te werken vanuit een herstelondersteunende visie en wat men daar nog in behoeft naast bestaande behandelmethodieken. Voorts wordt het tbs-systeem in de maatschappelijke context verkend. Ook worden de ervaringen van de doelgroep uitgelicht. Dit leidt uiteindelijk tot een doelstelling en een onderzoeksvraag.

2.3.1 Organisatie

Binnen CTP Veldzicht is behandeling georganiseerd in zorgprogramma's. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in klacht- en symptoomreductie, veiligheid, risicobeheersing en toekomstperspectief (Veldzicht, 2018). In het visiedocument op transcultureel werken van CTP Veldzicht (2018) wordt beschreven dat het herstelondersteunend aanbod vraagt om ontwikkeling en ze meer stoornis overstijgende behandeling willen bieden. CTP Veldzicht heeft reeds interventies ingezet om herstelondersteunende zorg onder de aandacht te brengen, waaronder de toevoeging van de functie 'ervaringsdeskundige' en een referaat over 'herstelondersteunende zorg'.

Uit interne documenten blijkt dat de organisatie een basisbehandelprogramma heeft ontwikkeld bestaande uit acht thema's: ontspanning, ik en de ander, mijn verhaal, zelfbeeld, mijn toekomst, leefstijl, emoties, gevoelens en verlies. De thema's zijn stoornis overstijgend en krachtgericht. Het programma is geëvalueerd waarbij de conclusie is getrokken dat maatwerk nodig is daar één basisbehandelprogramma voor heel Veldzicht niet toereikend bleek. Tevens ziet de organisatie dat implementatie van interventies om herstelondersteunend te werken zich ook dient te richten op de uitvoering van de begeleiding door sociotherapeuten (Veldzicht, 2021) ¹.

Tijdens gesprekken met sociotherapeuten blijkt dat contextuele invloeden herstelondersteunend werken bemoeilijken. Zo vertelt een sociotherapeut dat dwangmedicatie in enkele gevallen noodzakelijk is. Er wordt benoemd dat enkele patiënten het niet eens zijn met medicamenteuze behandeling en dit impact heeft op de autonomie van de patiënten. Echter wanneer patiënten psychisch lijden, kan medicamenteuze behandeling een bijdrage leveren aan symptoomreductie (Blanken, Clijsen, Garenfeld, van Piere & te Paske, 2016). Ook vormt risicobeheersing een essentieel onderdeel van klinische behandeling. De hoofdbehandelaar van twee afdelingen waar ongewenst vreemdelingen met een tbs-dwangmaatregel verblijven, verduidelijkt dat risicobeheersing gestoeld is op Risk Needs Responsivity (RNR) (F. Scholten, persoonlijke communicatie, 11 oktober 2022). Het RNR-model richt zich preventief op het verletten van risicogedrag waarbij de interventie wordt afgestemd op het verminderen van risico's (Menger, Krechtig & Bosker, 2016).

¹ Bron afkomstig van intranet (niet publiekelijk toegankelijk) van CTP Veldzicht.

2.3.2 Maatschappelijk

Het tbs-systeem heeft als doel om de veiligheid van burgers in de samenleving te borgen. Zeer zelden komt het voor dat tbs-gestelden tijdens verloven of na succesvolle behandeling recidiveren (Van der Horst, 2019). Wanneer professionals zich in de bejegening naar patiënten richten op het verkennen van krachten en ontwikkelwensen, draagt dit bij aan het ontwikkelen van adequate copingvaardigheden, vermindering van psychosociale problemen en delinquent gedrag (Barendregt, 2018). Bij het werken vanuit een herstelondersteunende visie, is aandacht voor het exploreren van ontwikkelwensen en krachten (Langedijk, 2018).

In Nederland bestaan meerdere opvattingen over de betekenis van herstel. De onderzoekers hebben op 21 oktober 2022 een door CTP Veldzicht georganiseerd referaat bijgewoond van S. Castelein, professor en bijzonder hoogleraar ‘herstelbevordering bij ernstige psychische aandoeningen’ aan de Rijksuniversiteit Groningen. Daarnaast is Castelein hoofdonderzoeker bij GGZ Lentis. Tijdens het referaat werd benadrukt dat herstel van mensen met een psychische aandoening niet alleen gaat over het reduceren van symptomen ten gevolge van een aandoening. Volgens Castelein reikt herstel evenredig aan maatschappelijk en persoonlijk herstel. Daarmee impliceert zij dat participatie in de samenleving, alsmede het terugvinden van persoonlijk evenwicht na ernstig psychisch lijden, belangrijke factoren vormen in het herstelproces van een patiënt.

Over de effecten van herstelondersteunend werken binnen de transculturele forensische sector is weinig bekend. Volgens Blanken et. al. (2018) is winst te behalen aangaande ‘cultuurcompetent’ werken, daar hulpverleners onvoldoende rekening houden met de cultuur van patiënten. De internationale definitie van Social Work onderschrijft dat de sociaal werker respect dient te hebben voor diversiteiten en mensen ondersteunt om levensuitdagingen aan te gaan en het welzijn te verbeteren (Meinardi, 2017). Desondanks lijkt dit in de praktijk niet altijd makkelijk. Transcultureel psychiater Kortmann (2010) benoemt dat werken vanuit eigen normen en waarden kan leiden tot een ‘ethnocentrische reflex’. Wanneer cultuur in contact met de ander leidt tot ontkenning van eigen perspectieven, stuit men regelmatig op moeilijkheden in de relatie met de patiënt. Er is dan sprake van onbegrip, anders interpreteren van denkbeelden en gedrag als vreemd of slecht bestempelen. Bij herstelondersteunend werken is het van belang dat er aandacht is voor de eigenheid van de patiënt, waaronder diens normen en waarden (Langedijk, 2018).

2.3.3 Doelgroep

In het visiedocument op transcultureel werken van CTP Veldzicht (2018) wordt beschreven dat het sociaal- en maatschappelijk functioneren van de patiënten wordt gekarakteriseerd door een gebrek aan regie over hun eigen leven. Onzekerheid over status en toekomst wordt als stressverhogend ervaren. Tijdens gesprekken met patiënten wordt opgemerkt dat men ervaart dat er veel vanuit risicobeheersing gewerkt wordt. Zij geven aan belemmerd te worden in hun autonomie, het verblijf binnen een gesloten behandelingssetting een zware wissel trekt op hun psychosociaal welbevinden en ervaren minder erkenning voor hun culturele identiteit. De patiënten zien terugkeer naar land van herkomst als perspectief en een nieuwe kans om hun leven vorm te geven. Dit wordt bemoeilijkt door wet- en regelgeving. Behandeling binnen een tbs-kliniek zou normaliter gestoeld moeten zijn op herstel en gefaseerde resocialisatie in de Nederlandse maatschappij. Hier bestaat een paradox, daar de gepleegde delicten niet volledig toegerekend kunnen worden en derhalve een tbs-maatregel opgelegd is. Tegelijkertijd wordt bestuursrechtelijk het verblijfrecht van de patiënt ontnomen. De ongelijkheid in verschillende behandelingen tussen Nederlanders met en zonder migratieachtergrond maakt dat men zich buitengesloten voelt.

2.4 Doelstelling

Dit onderzoek richt zich op het verkennen wat patiënten behoeven in de samenwerkingsrelatie met sociotherapeuten ter ondersteuning van hun herstel. Daarbij wordt onderzocht wat haalbaar is binnen de specifieke context en wat sociotherapeuten behoeven om dit te implementeren in hun bejegening. Het onderzoek leidt tot de ontwikkeling van een product passend bij de geïnventariseerde behoeftes die door de sociotherapeuten ingezet kan worden. Het product dient een bijdrage te leveren aan het sociaal functioneren van patiënten. De kerntaak van de sociaal werker richt zich op het stimuleren van sociaal functioneren van patiënten in een sociale context, door sociaal beleid te bevorderen op methodische wijze (Meinardi, 2017). De onderzoekers richten zich op het ontwikkelen van een product dat het sociaal functioneren van de patiënten bevordert en stoornis overstijgend is. Uit interne informatie van de organisatie blijkt dat de opdrachtgever waarde hecht aan stoornis overstijgende interventies daar transculturele, forensische psychiatrie onvoldoende kan worden ingevuld met behandeling gericht op diagnostiek en stoornis (Veldzicht, 2018)².

2.5 Onderzoeksvraag

Op basis van vooronderzoek naar maatschappelijke- en organisatorische ontwikkelingen is de basis voor de onderzoeksvraag gelegd. Aan de onderzoekscommissie van CTP Veldzicht is het onderzoeksvoorstel gepresenteerd (bijlage 1). De uiteindelijke onderzoeksvraag is geformuleerd in samenspraak met begeleidende docenten van de Hanzehogeschool en de onderzoekscommissie van CTP Veldzicht, bestaande uit een senior wetenschappelijk medewerker/ kwartiermaker, geneesheer-directeur, directeur behandelen, senior medewerker transcultureel werken, transcultureel wetenschappelijk medewerker (medisch-antropoloog), een promovendus en drie GZ-psychologen in opleiding tot specialist.

De onderzoeksvraag die bijdraagt aan het behalen van de doelstelling betreft:

“Wat hebben sociotherapeuten van CTP Veldzicht nodig om herstelondersteunend te werken met ongewenst vreemdelingen met een tbs-maatregel?”

² Bron afkomstig van intranet (niet publiekelijk toegankelijk) van CTP Veldzicht.

3 Onderbouwing aanpak en inhoud

In dit hoofdstuk is te lezen welke stappen zijn gezet in het ontwerpproces. In het onderzoek is gebruik gemaakt van het Double Diamond-model. Het model bestaat uit verschillende fasen: discover, define, develop en deliver (Van 't Veer, Wouters, Veeger & Van der Lugt, 2020). In de discover fase is gekeken of er sprake is van een probleem en is het vraagstuk beschreven (hoofdstuk 2). In dit hoofdstuk komen de fases 'define', 'develop' en een gedeelte van de 'deliver' fase aan bod. 'Define' betreft het opstellen van ontwerpeisen, bestaande werkwijzen en oplossingen in kaart brengen. In de 'Develop fase' wordt daarnaast ook nieuwe informatie uit de praktijk verwerkt. De 'Deliver fase' behelst het formuleren en voorleggen van een ontwerpvoorstel evenals het realiseren van een ontwerp.

3.1 Kwalitatief praktijkonderzoek

Kwalitatief onderzoek richt zich op interpretaties, ervaringen en de betekenis die hieraan gegeven wordt door mensen die onderdeel uitmaken van een onderzoek (Van der Donk & van Lanen, 2019). Om dit vorm te geven, zijn er semigestructureerde interviews afgenomen bij stakeholders om zodoende inzicht te krijgen hoe zij denken over herstelondersteunend werken binnen CTP Veldzicht. Semigestructureerde interviews impliceren dat er aan de hand van een interviewleidraad gesprekken gevoerd worden met respondenten (Green & Thorogood, 2018). In de volgende paragrafen staan de uitkomsten beschreven van gesprekken met de hoofdbehandelaar, transcultureel wetenschappelijk medewerker, de focusgroep bestaande uit patiënten en de focusgroep bestaande uit sociotherapeuten. Een focusgroep vormt een samengestelde groep van respondenten. De respondenten hebben vanuit hun ervaring een eigen focus op het thema dat besproken wordt (Van der Donk & van Lanen, 2019). Tijdens de focusgroepbijeenkomst is het thema 'herstelondersteunend werken' vanuit verschillende invalshoeken bevestigd.

3.1.1 Hoofdbehandelaar/ gezondheidszorgpsycholoog

De hoofdbehandelaar van twee afdelingen waar ongewenst vreemdelingen met een tbs-maatregel verblijven is door de onderzoekers benaderd vanwege haar specifieke kennis en functie. Zij lichtte toe dat risicobeheersing een essentieel onderdeel van de tbs-behandeling vormt. Echter wanneer daar louter op gericht wordt, wordt voorbijgegaan aan krachten en ontwikkelwensen van patiënten. Ook onderbouwt zij dat patiënten door contextuele invloeden zoals fysieke en procedurele veiligheid, ingeperkt worden in hun autonomie. Om herstelondersteunend te kunnen werken, is het volgens haar nodig dat kennis omtrent dit thema verbreed wordt. Niet alle medewerkers hebben een zorg-gerelateerde opleiding gevolgd en derhalve is deze kennisverbreding essentieel. Zij geeft aan dat herstelondersteuning en risicobeheersing naast elkaar kunnen bestaan, daar herstelondersteunend werken kan leiden tot hoop, perspectief en intrinsieke behandelmotivatie. Voor een uitgebreid verslag van dit interview wordt verwezen naar bijlage 2.1 van dit rapport.

3.1.2 Transcultureel wetenschappelijk medewerker

Transcultureel wetenschappelijk medewerker C. Clous is (medisch) antropologe en heeft verduidelijkt dat thema's die centraal staan in herstelondersteunend werken een andere betekenis kunnen hebben in andere culturen. Ze adviseert de onderzoekers om woorden en waarden te bezien vanuit het perspectief en betekenis van patiënten. Ze licht toe dat bijvoorbeeld 'trots' in de westerse cultuur verbonden kan worden aan zelfvertrouwen, positiviteit en succes. In andere culturen kan dit een andere betekenis hebben, zoals arrogant, koppig of onbescheiden. Voor een uitgebreid verslag van dit interview wordt verwezen naar bijlage 2.2 van dit rapport.

3.1.3 Focusgroep patiëntenraad

Het werken vanuit een herstelgerichte visie staat in direct verband met patiëntcontact. Derhalve is met de patiëntenraad gesproken om zodoende de huidige situatie vanuit het perspectief van hen te bezien.

De patiëntenraad geeft aan dat ze minder erkend worden in de progressie aangaande hun behandeling. Zo wordt ervaren dat vorderingen in de behandeling minder erkend worden en het verleden hun blijft achtervolgen. Ten aanzien van contact en relatie met de sociotherapie wordt ervaren dat er minder interactie is omdat sociotherapeuten vaak in het kantoor aanwezig zijn. Meer interactie en zichtbaarheid op de afdeling zou volgens hen een bijdrage kunnen leveren aan het veiligheidsgevoel en gelijkwaardigheid. Daarnaast zouden ze gesterkt willen worden in hun autonomie. Dit zou volgens hen een progressieve werking hebben op het ervaren van zelfvertrouwen en het vertrouwen in de samenwerkingsrelatie met de sociotherapie. In bijlage 2.3 een uitgebreid verslag van het gesprek met de focusgroep patiëntenraad te lezen.

3.1.4 Focusgroep sociotherapie

Tijdens het gesprek met de focusgroep bestaande uit sociotherapeuten, is gezamenlijk geïnventariseerd wat men heeft om herstelondersteunend te werken. Het gesprek heeft inzichtelijk gemaakt hoe contextuele invloeden herstelondersteunend werken bemoeilijken. Er werd verduidelijkt dat er verminderd zicht is op cognitie, daar beheersmatigheid en (dwang)behandeling veelal leiden tot extrinsieke motivatie. Om zicht te krijgen op de beleavingswereld van de patiënt prefereren ze meer afstemming met de patiënt en diens ontwikkelwensen. Veelal richt behandeling zich volgens hen op symptomatisch herstel. Er is minder aandacht voor persoonlijk- en maatschappelijk herstel. Door het geven van autonomie en aandacht te houden voor aanwezige krachten en ontwikkelwensen wordt er meer geluisterd naar hetgeen de patiënt heeft. Volgens de deelnemers zou dit een bijdrage kunnen leveren aan progressie in de behandeling daar het perspectief biedt en bijdraagt aan succesvolle repatriëring. Daarnaast zouden zij patiënten meer gelijkwaardig en als mens willen behandelen. Volgens de deelnemers is het helpend om te spreken over bewoners of cliënten in plaats van patiënten, dit zou destigmatiserend werken. Tijdens de bijeenkomsten werden meerdere ideeën aangedragen die een bijdrage kunnen leveren aan herstelondersteunend werken, zoals: intervisiegroepen, casuïstiekoverleg, integrale samenwerking met andere deskundigen en multidisciplinaire samenwerking. In bijlage 2.4 is het volledige verslag terug te lezen.

3.1.5 Conclusie

Naar aanleiding van de bevindingen van de interviews en focusgroepen vloeit een conclusie voort. Sociotherapeuten die werken met patiënten die ongewenst vreemdeling zijn verklaard met een tbs-maatregel willen meer aandacht hebben voor het persoonlijk- en maatschappelijk herstel naast symptomatisch herstel. Dit komt overeen met de wens van de patiënten. Een structurele gespreksvorm op teamniveau aangaande herstelondersteunende zorg wordt door de sociotherapeuten wenselijk geacht. Het uitwisselen van perspectieven en zienswijzen wordt hierin als lerend beschouwd om zodoende kennis en vaardigheden te vergroten. Dit dient ertoe te leiden dat het herstelproces van de patiënt wordt bevorderd.

3.2 Kwantitatief praktijkonderzoek

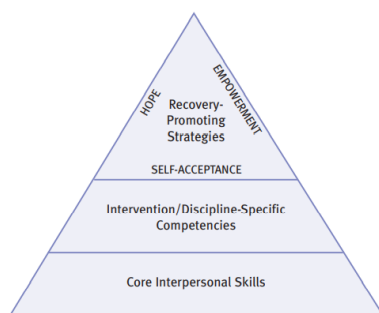
Kwantitatief onderzoek richt zich op numerieke data en statistieken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van gestandaardiseerde procedures om gegevens te verzamelen (Van der Donk & van Lanen, 2019). Sociotherapeuten en patiënten zijn gevraagd om een vragenlijst in te vullen. Met de vragenlijst voor de patiënten werd getracht inzicht te krijgen in hoeverre ze ervaren dat er een herstelbevorderende relatie met hen wordt aangegaan door sociotherapeuten. Dezelfde vragenlijst, maar vanuit het perspectief van de begeleider is voorgelegd aan sociotherapeuten om zicht te krijgen in hoeverre zij verwachten dat ze een herstelbevorderende relatie aangaan met patiënten. De vragenlijst is door Russinova, Rogers en Ellison (2006) ontwikkeld op basis van de Recovery-Promoting Relationships Scale (RPRS). Het betreft een gevalideerde vragenlijst daar er een hoge consistentie wordt aangetoond en het beschikt over een goede betrouwbaarheid ten aanzien van de verkregen resultaten (Russinova et al., 2006).

3.2.1 RPRS-instrument

Het instrument is gericht op het identificeren en betrouwbaar meten van de competenties van hulpverleners die impact hebben op het herstelproces naast symptomatische behandeling (Ruscinova et al., 2006). De ontwikkeling van het instrument is gebaseerd op een piramidemodel (figuur 1), “Pyramid Model of Recovery-Oriented Professional Competencies” van Ruscinova, Rogers en Ellison (2006). Meer informatie over het model staat opgenomen in bijlage 3.

Het RPRS-instrument bestaat uit 24 vragen die de generieke componenten meet van herstelbevorderende competenties van professionals: interpersoonlijke vaardigheden (Core Relationship) en vaardigheden om herstelbevorderende strategieën in te zetten (Recovery-Promoting Strategies). Daarnaast bestaan de vragen uit drie subcomponenten die de vaardigheden van de professionals behelzen om hoop, empowerment en zelfacceptatie van de patiënten te bevorderen.

figuur 1: Pyramid Model of Recovery-Oriented Professional Competencies (Ruscinova, Rogers & Ellison, 2006).



3.2.2 Methode

De originele vragenlijst (bijlage 4) is in het Engels, richt zich enkel tot patiënten en in de vraagstelling wordt ‘psychiatrische diagnose’ gehanteerd. De vragenlijst die in dit onderzoek is gebruikt (bijlage 5), is door de onderzoekers vertaald naar het Nederlands en er wordt het woord ‘diagnose’ gebruikt daar ‘psychiatrisch’ bij veel patiënten een negatief beladen woord kan betreffen. De vragen konden beoordeeld worden met vier-punt Likert scale: oneens, een beetje oneens, een beetje eens, eens en niet van toepassing (McLeod, 2008). De puntentoekenning, resultaten en berekening om te komen tot een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 10, is opgenomen in bijlage 6. Er zijn vijf ingevulde vragenlijsten van patiënten gebruikt. Dit betreffen de vragenlijsten van de patiënten uit de patiëntenraad. Van de sociotherapeuten zijn 14 ingevulde vragenlijsten gebruikt om te komen tot een score. Deze sociotherapeuten zijn werkzaam op vier verschillende afdelingen voor patiënten die ongewenst vreemdeling zijn verklaard met een tbs-maatregel.

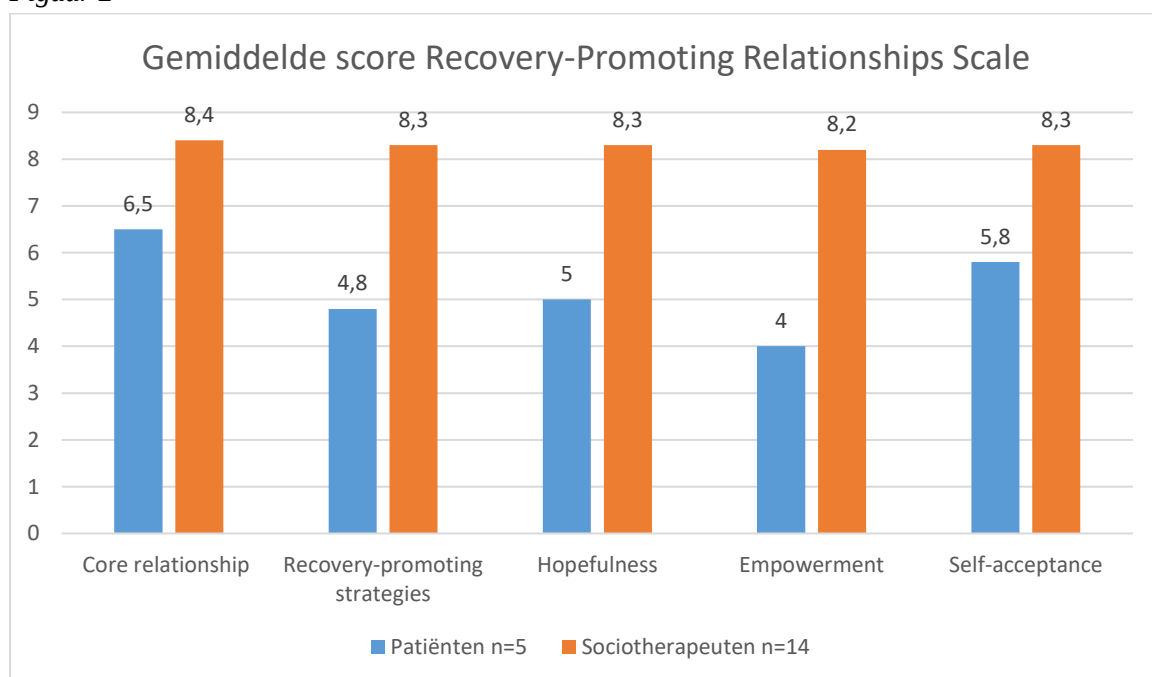
3.2.3 Resultaten en analyse

Uit de resultaten blijkt dat patiënten gemiddeld een 6,5 en sociotherapeuten een 8,4 scoren op ‘core relationship’ (interpersoonlijke vaardigheden van de sociotherapeut). Op ‘recovery promoting strategies’ (inzetten van herstelondersteunende vaardigheden door sociotherapeuten) wordt door patiënten een 4,8 en door sociotherapeuten een 8,3 gescoord. Sociotherapeuten scoren ‘hopefulness’ (vaardigheden van de sociotherapeut die bijdragen aan hoopvol perspectief) een 8,3 en patiënten een 5. Op ‘empowerment’ (vaardigheden van de sociotherapeut die het vermogen om zelf te beslissen en te handelen vanuit eigen kracht van de patiënt vergroten) wordt door patiënten een 4 en door sociotherapeuten een 8,2 gescoord. Ten slotte geven patiënten ‘self-acceptance’ (vaardigheden van de sociotherapeut die bijdragen aan zelfacceptatie van de patiënt) een 5,8 en sociotherapeuten geven hier een 8,3. Deze resultaten staan weergegeven in een grafiek (figuur 2).

De scores van de patiënten en sociotherapeuten liggen het dichtst bij elkaar als het gaat om de ‘core relationship’. Indien cijfers boven de 5,5 als een voldoende worden beschouwd, zijn beide groepen hier gemiddeld gezien tevreden over. De ‘core relationship’ betreft de basis voor herstel. Deze vaardigheden zijn nodig om onder andere de persoonlijkheid van de patiënt te (h)erkennen, ondersteunend te zijn voor patiënten die overweldigd zijn door psychiatrische symptomen en vertrouwen te hebben aangaande het potentieel van herstel (Ruscinova et al., 2006). Verder lijkt er een substantieel verschil te zijn in de beleving van de patiënten en sociotherapeuten betreffende de ‘Recovery-promoting strategies’. De score gegeven door de patiënten zou geïnterpreteerd kunnen worden als een onvoldoende. Dit betreft voornamelijk de mate waarin aandacht geschonken wordt aan het vergroten van hoop en empowerment. De sociotherapeuten scoren in hun beleving een voldoende. Toch geven ze een aantal kanttekeningen mee. In de toelichting vinden zij dat er meer aandacht mag zijn voor de mens achter de diagnose en er meer ‘echt’ naar patiënten geluisterd kan worden. Verder ervaren zij dat de context het herstelondersteunend werken bemoeilijkt. De patiënten hebben aangegeven meer aandacht te wensen voor wat goed gaat en meer contact op laagdrempelige en informele wijze. Verder zouden zij gesterkt willen worden in hun autonomie om zodoende hun zelfvertrouwen te vergroten. Zij erkennen dat dit in deze context lastig is. Derhalve zouden zij het waarderen als gekeken wordt hoe hierin kleine stappen gezet kunnen worden op individueel niveau.

De resultaten dienen met enige voorzichtigheid beoordeeld te worden gezien de relatief kleine onderzoeksgroepen. Echter kan over het algemeen geconcludeerd worden dat er vanuit het perspectief van de patiëntengroep nog winst te behalen is aangaande het ontvangen van herstelondersteunende zorg.

Figuur 2



N=aantal respondenten

3.3 Bestaande werkwijzen en literatuuronderzoek

Om te onderzoeken of overeenkomstige werkmethoden binnen het werkveld een bijdrage kunnen leveren aan herstelbevordering, zijn drie best practices onderzocht. Een uitgebreide toelichting van de best practices staat opgenomen in bijlage 7. Enkele bevindingen worden meegenomen in de ontwerpeisen van dit onderzoeksrapport. In onderstaande subparagrafen worden de best practices:

Good Lives Model, See Think Act en Forensic High Intensive Care verkend en onderbouwd met theoretische concepten verkregen uit literatuuronderzoek.

3.3.1 Good Lives Model

Het Good Lives Model (GLM) is een methodiek die ingezet kan worden om adequate copingvaardigheden te ontwikkelen die gestoeld zijn op universele levensbehoeften. Professionals richten zich hierbij minder op risicofactoren en meer op het verkennen van krachten en ontwikkelwensen. Onderzoek naar GLM heeft aangetoond dat adequate copingvaardigheden leiden tot minder psychosociale problemen en delinquent gedrag (Barendregt, 2018). Anderzijds vormen veiligheid voor de samenleving, gefaseerde resocialisatie en risicobeheersing essentiële onderdelen van de tbs-behandeling (Bunthof & Visscher, 2013). Behandeling geschiedt in een gedwongen en juridisch kader en derhalve leidt dit in veel gevallen tot extrinsieke motivatie (Blanken et al., 2016). Rijckmans, van Dam en van den Bosch (2019) benadrukken het belang van intrinsieke motivatie. Het achterhalen van doelen die patiënten willen stellen en wat zij daarin passend vinden, zijn belangrijk. Als verwacht wordt dat behandeling leidt tot een positief effect en hieraan een succesverwachting verbonden kan worden, zijn dit voorspellers voor effectieve behandeling en draagt dit bij aan de intrinsieke motivatie.

3.3.2 See Think Act

De See Think Act (STA) methodiek is ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk en benadrukt het belang van relationele veiligheid (Royal College of Psychiatrists, 2022). Binnen de STA methodiek is aandacht voor ontwikkelwensen, krachten, interesses en doelen van een patiënt en deze in samenwerking met de patiënt te implementeren in diens behandeling. De basis van relationele veiligheid gaat over het kennen van de patiënt, zelfkennis en omgevingsbewustzijn. Kennis van deze drie aspecten en het omzetten in adequate handelingen vormen de kern van relationele veiligheid (Pompestichting, z.d.). Deze methodiek doet een beroep op het normatieve reflecterende karakter van de professional en behelst de waarneming (See), de betekenis van de waarneming (Think) en hoe de waarneming omgezet kan worden in handelen (Act). Bevindingen en inzichten worden voorts besproken tijdens overlegmomenten of casuïstiekoverleggen om zodoende het handelen gezamenlijk af te stemmen (Pompestichting, z.d.). Nederlands onderzoek, uitgevoerd door de Radboud Universiteit, laat zien dat de resultaten naar teamreflexiviteit en het afdelingsklimaat veelbelovend zijn (Vries, 2022). Binnen de forensische psychiatrie heeft de STA methodiek en herstelondersteunend werken zijn intrede gedaan in de Pompestichting. De STA methodiek behelst overeenkomstige principes die reiken aan herstelondersteunend werken (Pompestichting, z.d.).

3.3.3 Forensic High Intensive Care

Voor patiënten die in crisis verkeren kan opname op een afdeling waar intensieve forensische zorg geboden wordt, bijdragen aan symptomatisch-, persoonlijk- en maatschappelijk herstel. Deze afdelingen worden FHIC-afdelingen genoemd. Deze methodiek is mede gestoeld op vijf waarden uit de zorgethiek. Bij zorgethiek staat de (zorg)relatie centraal, gebaseerd op waarden die deze relatie in stand houden. Hierbij gaat het om betrokkenheid, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, verantwoordelijkheid en zorgzaamheid (Nistelrooy, 2022). Binnen de FHIC-afdelingen worden repressieve maatregelen tot een minimum beperkt, daarentegen wordt veelal gewerkt vanuit een herstelondersteunende visie. Professionals staan zoveel mogelijk naast een patiënt, zijn present en veiligheid wordt zoveel mogelijk uit het contact gehaald. Daarbij wordt gekeken naar behoeften, maar ook beperkingen van de patiënt. Zorg wordt in gezamenlijkheid afgestemd met de patiënt, diens netwerk en het behandelteam. Er wordt binnen de FHIC-afdeling aandacht besteed aan de ontwikkeling van het team en het teamdynamische proces. Daarbij wordt een beroep gedaan op normatieve reflectie van medewerkers. Hiervoor worden meerdere overlegmomenten benut,

waaronder casuïstiekbesprekingen en overdrachten. Intervisie, supervisie en morele beraadslaging vormen vaste onderdelen en worden gefaciliteerd door de organisatie. Om toezicht te houden op FHIC is een FHIC-monitor ontwikkeld. Onderzoek naar de FHIC-monitor toont aan dat het een hoge modelgetrouwheidschaal kent. FHIC vormt een valide en betrouwbare graadmeter (KFZ, 2020).

CTP Veldzicht heeft een FHIC-afdeling voor vreemdelingen in strafrecht (VRIS). In 2021- 2022 is er een tevredenheidsonderzoek gedaan naar de mate van repressie op behandelafdelingen. Er is gemeten in welke mate er ervaringen van striktheid en controle, oneerlijke of willekeurige regels of gebrek aan flexibiliteit op de afdelingen ervaren werden. De metingen hebben uitgewezen dat regels niet als extreem beheersmatig ervaren worden, echter is opgemerkt dat de regels niet eenduidig door het team gehanteerd worden. Verdere implementatie van FHIC wordt gecontinueerd (H. Koenjer, persoonlijke communicatie, 20 december 2022).

3.4 Ontwerpeisen

Naar aanleiding van de bevindingen uit de interviews, bestaande werkwijzen en literatuuronderzoek vloeien ontwerpeisen voort. Onderstaand wordt weergegeven wat we meenemen in de ontwerpeisen.

- Richten op symptomatisch-, persoonlijk- en maatschappelijk herstel;
- Rekening houden met het transculturele aspect (cultuursensitief);
- Veiligheidsaspect borgen in verband met risicofactoren (delictgedrag) van de patiënten;
- Ontwikkelwensen, doelen en krachten van de patiënten inzichtelijk maken;
- Multidisciplinaire samenwerking;
- Individuele- en teamreflectie;
- Inzet van expertise (kennis ten aanzien van herstelondersteunende zorg);
- Frequentie: tweewekelijks overleg, duur 60 minuten.

3.5 Ontwerpvoorstel

Op basis van de ontwerpeisen is er een handreiking gemaakt voor herstelgericht casuïstiekoverleg. De handreiking geeft weer hoe de structuur en inhoud van het overleg ingevuld kan worden ten behoeve van de kwaliteit en opbrengst. Het doel is dat herstelgericht casuïstiekoverleg een regulier onderdeel gaat vormen van het werk van hulpverlenende professionals. In het overleg wordt besproken hoe individuele patiënten ondersteund kunnen worden in het bevorderen van hun herstelproces. In de voorbereiding van het overleg wordt de behoefte met de patiënt onderzocht. Deelnemende professionals kunnen leren van elkaar ten behoeve van het professioneel handelen door uitwisseling van perspectieven, zienswijzen en kennis waarbij ze worden aangezet tot reflectie. Uit elk overleg volgt een concreet plan met acties.

3.6 Evaluatie

Ter verbetering van het prototype hebben er twee evaluatierondes plaatsgevonden. Tijdens de evaluatie stonden de volgende vragen centraal:

- Is het product een oplossing voor de situatie?
- Wat zijn de beperkingen?
- Wat zijn eventuele verbeterpunten?
- Wat zijn aanbevelingen hiervoor?

De eerste evaluatieronde is doorlopen met de senior wetenschappelijk medewerkster (H. Jongsma) van CTP Veldzicht. Het prototype is getest middels de ‘walkthrough’ strategie. Dit impliceert dat het ontwerp op papier gezamenlijk is doorgenomen (Van der Donk & van Lanen, 2019). Zij gaf te kennen

dat de onderzoekers een mooie gespreksvorm aan het ontwikkelen zijn. De handreiking bevat ook handige ‘tools’, waaronder een schema die gehanteerd kan worden door de inbrenger om een casus te formuleren. Betreffende de handreiking is het enerzijds goed dat het product een introductie heeft. Anderzijds zal mogelijk niet iedereen dit relevant vinden met het risico om lezers te verliezen. Een verkorte versie of flyer kan derhalve uitkomst bieden. Verder kan de inbedding in de literatuur sterker aangaande het Good Lives Model.

Er heeft een tweede evaluatieronde plaatsgevonden middels een combinatie van de ‘walkthrough’ strategie en een presentatie aan een focusgroep bestaande uit sociotherapeuten. Over het algemeen ziet de focusgroep dat het product een mogelijke oplossing kan zijn voor de situatie daar herstelondersteunende zorg door structurele integratie onder de aandacht komt. Ook draagt het bij aan bewustwording omtrent het handelen en nodigt het uit om discretionaire ruimte te benutten. Anderzijds moet uit de uitvoering blijken in hoeverre contextuele invloeden, voortkomend uit het justitiële kader, ruimte overlaat om dit te verkennen. Sociotherapeuten die dit als beperking zien, ervaren mogelijk minder draagvlak. Dat het product elementen van intervisie bevat, wordt positief gezien. Hierdoor is aandacht voor gevoelens die het professioneel handelen mogelijk beïnvloeden.

Een overzicht van alle feedback staat opgenomen in bijlage 8.

4 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk staat beschreven wat er naar aanleiding van de evaluatierondes van het product nog verder ontwikkeld kan worden. Daarnaast worden er aanbevelingen gedaan om het product te implementeren in de bredere context. Ook komt het agenderen en evalueren van het product aan bod.

4.1 Verdere ontwikkeling van het product

Op basis van de verkregen feedback in de evaluatierondes, zijn aanpassingen verricht aan het product: 'Handreiking voor herstelgericht casuïstiekoverleg'. Uit beide evaluatierondes kwam voort dat een verkorte versie van het product en/of een flyer een waardevolle toevoeging kan zijn. Dit behelst het overlegformat evenals de 'tools' die gebruikt kunnen worden. De handreiking is relatief uitgebreid daar het informatie verschaft over de totstandkoming van het product en de werkwijze. Wanneer gebruikers hier bekend mee zijn, zou een verkorte versie voldoen wat tevens overzicht biedt en het product gebruiksvriendelijker maakt.

4.2 Toegankelijkheid

Om het product voor medewerkers toegankelijk te maken, wordt aanbevolen om deze te publiceren op Intranet van CTP Veldzicht. Middels een mail worden medewerkers op de hoogte gesteld van de publicatie. Daarnaast zal een presentatie aan alle teams over het product wenselijk zijn, daar de focusgroepen een select gezelschap betrof. De presentatie dient het doel om ze te betrekken bij het opstarten van een nieuw werkproces, voorzien van uitleg en ruimte voor vragen. In de uitleg dient aandacht te zijn voor de mogelijke intentie dat er gestreefd wordt naar louter herstelondersteunend werken. Het doel is dat het geïntegreerd wordt naast huidige werkwijzen, waarbij behoud van veiligheid essentieel is.

4.3 Eigenaarschap

Om het product te implementeren wordt het van belang geacht dat eigenaarschap gecreëerd wordt. Derhalve is het wenselijk dat minimaal twee mensen (gedeelde) verantwoording nemen om het product onder de aandacht te brengen en zorg te dragen voor de uitvoering en evaluatie. Desbetreffende professionals kunnen worden aangesteld als 'aandachtsfunctionarissen'. Omdat het eveneens belangrijk is dat er voor het overleg vaste gespreksleiders aangesteld worden, zouden dit dezelfde personen kunnen betreffen. Kennis en affiniteit aangaande herstelondersteunende zorg (HOZ) alsmede het begeleiden van groepsdynamische processen wordt aanbevolen. Daarnaast dienen zij over competenties van leiderschap en samenwerken te beschikken. Tevens dienen zij intrinsiek gemotiveerd te zijn voor het aannemen van deze rol. Het zou van toegevoegde waarde kunnen zijn als de reeds aangestelde 'kwartiermaker ervaringsdeskundige' hierin een rol speelt, wegens zijn kennis aangaande HOZ en binnen CTP Veldzicht unieke perspectief op casuïstiek.

4.4 Multidisciplinaire samenwerkingen

Het product krijgt verdieping wanneer er bij het overleg verscheidene disciplines aansluiten. Dit verbreedt het aantal perspectieven op ingebrachte casuïstiek. Een psychiater heeft vanuit zijn expertise bijvoorbeeld meer aandacht voor symptomatisch herstel, een maatschappelijk werker en arbeidstherapeut voor maatschappelijk herstel en de transcultureel wetenschappelijk medewerker (medisch-antropoloog) voor het culturele aspect. Verder kan aansluiting door een medewerker van een ander team die niet direct betrokken is bij de patiënt bijdragen aan een verhelderende kijk op de casus. Het overleg multidisciplinair inrichten kan derhalve de kwaliteit van zorg vergroten en de onderlinge samenwerking verbeteren.

4.5 Inzet product in patiëntencontact

Een belangrijk element van het product betreft het inbrengen van een casus en vraag op basis van contact en wensen van de patiënt. De elf menselijke basisbehoeften vanuit het Good Lives Model zijn opgenomen als ‘tool’ in het product. De sociotherapeut of andere direct betrokken professional kan de basisbehoeften met de patiënt bespreken om zodoende te verkennen waar een wens ligt voor verdere ontwikkeling. Het vraagt nadere afweging om patiënten te betrekken in het overleg. Met name wanneer er door het behandelteam moeilijkheden worden ervaren in de begeleiding met een patiënt en mogelijkheden tot verbetering onderzocht worden, voelt het voor hen onveilig om de patiënt dit kenbaar te maken. Derhalve geniet het vooralsnog de voorkeur om het overleg in afwezigheid van de patiënt te voeren, maar de patiënt waar mogelijk wel te betrekken in het formuleren van een inbreng.

4.6 Bredere implementatie in de organisatie

Omdat het product is ontwikkeld vanuit de visie van herstel, is het stoomis overstijgend. Gezien de specifieke doelgroep binnen CTP Veldzicht is de forensische zorgtitel evenals cultuursensitiviteit meegenomen in de vormgeving. Bij deze doelgroep worden de culturele verschillen door een groter contrast wellicht eerder opgemerkt. Echter kent ieder mens zijn of haar eigen cultuur en derhalve is cultuursensitiviteit te allen tijde belangrijk. Verder beschikken alle patiënten die zorg ontvangen van de Dienst Justitiële Inrichtingen over een forensische (zorg)titel wat maakt dat het ook tot de mogelijkheden behoort om het product bij andere vestigingen te implementeren.

4.7 Agenderen en evalueren

Het onder de aandacht brengen van het product dient regelmatig te gebeuren door de aandachtsfunctionarissen. Hierbij wordt het wenselijk geacht dat communicatie zowel mondeling als schriftelijk plaatsvindt. Dit bestaat uit het herinneren van de teams aan het overleg, het ondersteunen van de inbrengers bij het voorbereiden van de casus en het terugkoppelen van aanpassingen naar aanleiding van evaluaties. Het product dient voornamelijk in het begin na elk overleg geëvalueerd te worden. Een voorstel betreft om te beginnen met een pilot van vijf overleggen, waarna gekeken kan worden of de gewenste opbrengst behaald wordt en er draagvlak is om de overleggen voort te zetten. Ook de besproken patiënt (die betrokken is bij het formuleren van de inbreng) dient een terugkoppeling te ontvangen. Daarbij is het wenselijk dat de concrete acties voortkomend uit het overleg met de patiënt besproken wordt. Daarnaast zal in gesprek met de patiënt geëvalueerd moeten worden of er naar aanleiding van de acties een verschil wordt ervaren.

Bronnenlijst

- Andriessen, G. & Jonge, E. de. (2014). *Morele spanningsvelden in het ambulant sociaal werk* (1e editie). Eburon Uitgeverij B.V.
- Barendregt, C. S. (2018). *Quality of life, delinquency and psychosocial functioning of adolescents in secure residential care: testing two assumptions of the Good Lives Model - Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. BioMed Central. Geraadpleegd op 13 december 2022 van, <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-017-0209-9>
- Blanken, C., Clijsen, M., Garenfeld, W., van Piere, M., & te Paske, I. (2016). *Psychiatrie Voor de Sociaal Werker*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- BPSW. (2021, oktober). *Beroepscodex voor professionals in sociaal werk*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk (BPSW). Geraadpleegd op 10 januari 2023, van <https://www.bpsw.nl/app/uploads/BPSW-Beroepscodex-2021.pdf>
- Bunthof, A. & Visscher, Y. M. (2013). *Mens en recht* (8^e editie). Noordhoff.
- CTP Veldzicht. (2018, 2 september). *visiedocument transcultureel werken Veldzicht*.
- CTP Veldzicht. (z.d.-a). *Onze patiënten*. Geraadpleegd op 30 september 2022, van <https://www.ctpveldzicht.nl/onze-patienten/>
- CTP Veldzicht. (z.d.-b). *Vreemdelingen met tbs*. Geraadpleegd op 30 september 2022, van <https://www.ctpveldzicht.nl/ongewenste-vreemdelingen-met-tbs/>
- Donk, C. van der & Lanen, B. van. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (3e editie). Coutinho.
- Gillespie, M. & Flowers, P. (2009). *From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition?* Journal of forensic nursing
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research* (4th Revised edition). SAGE Publications.
- Helm, G. van der H. P., Kröger, U., Schaftenaar, P., & Vliet, J. van. (2013). *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. SWP.
- KFZ. (2020, februari). *FHIC Fase 2 - KFZ*. KFZ - Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 16 december 2022, van <https://kfz.nl/projecten/call-2016-62>
- Kortmann, F. (2010, november). *Transculturele psychiatrie: van praktijk naar theorie* (2de editie). Koninklijke Van Gorcum.
- Langedijk, J. (2018). *Praktijkboek herstelondersteunende zorg*. SWP.
- McLeod, S. (2008). *Likert Scale Definition, Examples and Analysis*. Simply Psychology. Geraadpleegd op 23 december 2022, van <https://www.simplypsychology.org/likert-scale.html>
- Meinardi, L. (2017). *Landelijk opleidingsdocument sociaal werk*. SWP.
- Menger, A., Krechtig, L., & Bosker, J. (2016). *Werken in gedwongen kader*. SWP.
- Nabuurs, M. (2019). *Basisboek Stelselgericht werken* (2e editie). ThiemeMeulenhoff.

- Nistelrooy, I. van. (2022). *Basisboek Zorgethiek: Over mensbeeld, moraal en ethische reflectie in de zorg* (12de editie). Abdijs van Berne, Uitgeverij
- Overheid. (2021, 1 januari). *Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden*. Geraadpleegd op 23 oktober 2022, van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0008765/2021-01-01>
- Pompestichting. (2020). *Handreiking voor relationele veiligheid "See Think Act"*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Geraadpleegd op 21 oktober 2022, van <https://files.enflow.nl/fd9938a8-0039-4987-ae4-d3773cabfd43/f31a1cab-67fa-4d00-a1c3-2c5823f4e14f/publications/see-think-act-boekje-definitief-pdf.pdf>
- Pompestichting. (z.d.). *See Think Act (STA)*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van [https://www.pompestichting.nl/Relationele-Veiligheid/See-Think-Act-\(STA\)/](https://www.pompestichting.nl/Relationele-Veiligheid/See-Think-Act-(STA)/)
- Rijckmans, M., Dam, V. A., & Bosch, V. L. D. (2020). *Praktijkboek antisociaal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek* (1e editie). Bohn Stafleu van Loghum.
- Van der Horst, R. (2019, 12 februari). *Sociaal gedrag tbs'er voorspelt recidivegevaar*. Rijksuniversiteit Groningen. Geraadpleegd op 28 december 2022, van https://www.rug.nl/news/2011/11/110311_ruud_van_der_horst
- Royal College of Psychiatrists. (2022). *See Think Act*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/ccqi/quality-networks-accreditation/forensic-mental-health-services/see-think-act>
- Russinova, Z., Rogers, E. S. & Langer Ellison, M. (2006). *RPRS Manual: Recovery-Promoting Relationships Scale*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Geraadpleegd op 5 november 2022, van https://researchgate.net/publication/283074047_RPRS_Manual_Recovery_Promoting_Relationships_Scale
- Van 't Veer, J., Wouters, E., Veeger, M. & Van der Lugt, R. (2020). *Ontwerpen voor zorg en welzijn* (1e editie). Coutinho.
- Vries, D. M. G. (2022, 10 november). *See think act scale. Validation of the Dutch version of a measure of relational security in high secure forensic psychiatric care*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/283980>

Bijlagen

Bijlage 1: Onderzoeksvoorstel

Onderzoekscommissie

Binnen CTP Veldzicht vormt kennisontwikkeling een prominente plaats in de organisatie. Derhalve worden onderzoeksvoorstellen centraal gecoördineerd door een onderzoekscommissie. Het in kaart brengen van kennis over de zorgbehoeften van patiënten draagt bij aan het vergroten van het welzijn van de patiëntenpopulatie. Tevens wordt hiermee beoogd om de belasting en draagvlak onder de patiënten en personeel goed te monitoren. Om vorm te geven aan het onderzoek hebben we derhalve een voorstel geschreven en deze gepresenteerd aan de onderzoekscommissie. De aanwezige leden van de onderzoekscommissie bestonden uit de geneesheer-directeur (psychiater en epidemioloog), directeur behandeling, senior wetenschappelijk medewerker/ kwartiermaker, senior medewerker transcultureel werken en transcultureel wetenschappelijk medewerker. Tijdens de presentatie werden vragen gesteld over de operationalisatie daar dit in het voorstel abstract beschreven werd. Derhalve werd door de senior transcultureel werken geadviseerd om gebruik te maken van valide vragenlijsten om zodoende de meetresultaten consistent weer te geven. Door de senior wetenschappelijk medewerkster werd gevraagd hoe interviews met belangrijke respondenten afgenomen zouden worden. Ook werd er door de geneesheer-directeur en transcultureel wetenschappelijk medewerksterster gevraagd hoe herstelondersteunend werken zich verhoudt tot de transculturele doelgroep en of deze methodiek niet tamelijk westers is. Voorst werd gezamenlijk de dialoog gevoerd over hoe herstelondersteuning een prominente plek binnen de organisatie zou kunnen krijgen. De bevindingen en verkregen informatie uit de presentatie hebben de onderzoekers meegenomen in dit onderzoeksrapport. Onderstaande voorstel geeft een weergave van de presentatie. Na afloop van de presentatie is de senior wetenschappelijk medewerkster voorgesteld als begeleidster van de onderzoekers die dit rapport hebben opgesteld.



HERSTELONDERSTEUNEND WERKEN IN DE TRANSCULTURELE FORENSISCHE PSYCHIATRIE



Datum	08-09-2022
Naam	John de Wit en Michelle Kaauw
Opleiding	Social Work
Instelling	Hanze Hogeschool Groningen
Begeleiders opleiding	Nynke van der Schaaf, Saskia van der Velde en Anieljah de Kraker-Zijlstra
Begeleiders Veldzicht	Hannah Jongsma

Inhoud

[Aanleiding](#).

[Probleemstelling](#).

[Doelstelling](#).

[Relevantie](#).

[Onderzoeksvraag](#).

[Hypothese](#).

[Theoretisch kader/ begripsafbakening](#).

[Onderzoeksmethode](#).

[Onderzoekspopulatie en –selectie](#)

[Data analyse](#)

[Ethische aspecten](#)

[Onderzoeksprocedure](#).

[Kennisdeling](#).

[Voorlopige literatuurlijst](#).

[Bijlagen](#).

[Bijlage 1: informed consent, advies](#).

Aanleiding

Binnen het Centrum voor Transculturele Psychiatrie Veldzicht wordt een patiëntenpopulatie behandeld die op grond van strafrecht een tbs-maatregel opgelegd gekregen hebben. Daarnaast zijn zij ongewenst vreemdeling verklaard door de Immigratie en Naturalisatie Dienst (IND). De patiëntengroep verblijft op beveiligingsniveau vier. Dit beveiligingsniveau impliceert geringe bewegingsvrijheid, langdurig verblijf met zeer hoge beveiliging en een gesloten omgeving die voorzien is van detectie en cameratoezicht (Forensische zorg, 2016).

Het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) onderschrijft dat beheersmatigheid, het opleggen van beperkingen en ontnemen van bewegingsvrijheid leiden tot meer geweld en agressie. Daarentegen wordt het leggen van contact, werken aan een goede samenwerkingsrelatie, het stimuleren van eigen regie en integrale samenwerking met naasten en familie als progressief gezien en heeft het een positieve uitwerking op het ervaren van veiligheid (CCE, z.d.).

Het exploreren van ontwikkelwensen, het benadrukken van positieve krachten en het verkennen van gedragingen zonder te snel over te gaan tot beheersmatige interventies, dragen bij aan een positief leefklimaat. Onderzoek heeft uitgewezen dat een positief leefklimaat bijdraagt aan stabiliteit, reductie van stress en agressie op een afdeling (Van der Helm et al., 2013).

Probleemstelling

Bij TBS-patiënten die ongewenst vreemdeling zijn verklaard, is zichtbaar hoe transculturele, forensische zorg onvoldoende kan worden ingevuld met stoornisgerichte interventies, maar vraagt om stoornis overstijgende behandeling (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2020). Herstelondersteunende zorg behelst het bieden van zorg passend bij de behoeftes van de cliënt waarbij de professional aansluiting nastreeft (Langedijk, 2018). Medewerkers van CTP Veldzicht geven aan over onvoldoende kennis te beschikken om herstelondersteunende zorg toe te passen bij de specifieke patiëntengroep.

Doelstelling

Ons onderzoek richt zich op de vraag wat sociotherapeuten van CTP Veldzicht, werkzaam op beveiligingsniveau 4, nodig hebben om herstelondersteunend te werken. Dit wordt gedaan middels literatuur- en praktijkonderzoek. Ten einde volgt een product dat bijdraagt aan de gevraagde kennisbehoefte. Derhalve luidt de doelstelling; “Sociotherapeuten werkzaam bij CTP Veldzicht, beveiligingsniveau 4, beschikken over kennis van de essentie, theorie en handvatten om herstelondersteunend te werken in het contact met patiënten”.

Relevantie

De interventiepiramide van CTP Veldzicht maakt inzichtelijk wat er nodig is voor het bieden van behandeling. De piramide bestaat uit lagen waarbij elke laag voorwaardelijk is voor de effectiviteit van de daarop volgende lagen. De onderste laag betreft milieu en attitude, onderzoekslijn 1a. Hieronder wordt een ondersteunend leefklimaat verstaan (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2020). Binnen deze onderzoekslijn wordt ons onderzoek uitgevoerd daar een ondersteunend leefklimaat bijdraagt aan stabilisatie en herstel van patiënten.

Sociaal werkers richten zich op de vraag hoe het sociaal functioneren van cliënten geoptimaliseerd kan worden. De autonomie van de cliënt staat hierin centraal, vanuit eigen kracht en met steun van hun eigen primaire leefomgeving. Gedurende de ondersteuning ligt de focus op gezondheid en gedrag en wordt uitgegaan van de herstelvisie waarin de regie van cliënt een grote rol speelt (Meinardi, 2017).

Onderzoeksvraag

Hoofdvraag: Wat hebben sociotherapeuten van CTP Veldzicht, werkzaam op beveiligingsniveau 4, nodig om herstelondersteunend te werken met ongewenst vreemdelingen met een TBS maatregel?

Deelvragen:

1. Welke herstel belemmerende en bevorderende factoren zijn er binnen de gestelde context?
2. Wat zijn verschillen en overeenkomsten tussen de huidige werkwijze en het werken vanuit de herstelondersteunende visie?
3. In welke mate draagt herstelondersteunend werken bij aan forensische scherpste?
4. Welke werkzame interventies voortkomend uit herstelondersteunende zorg worden reeds toegepast in het werken met ter beschikking gestelden (TBS) en/of ongewenst vreemdelingen?
5. Wat is er nodig om draagvlak te creëren voor sociotherapeuten om herstelondersteunend te werken met patiënten die een TBS maatregel hebben en ongewenst zijn verklaard?

Hypothese

Wij verwachten dat de sociotherapeuten behoefte hebben aan kennisverbreding om herstelondersteunende zorg in te zetten binnen deze specifieke context. Dit kan mogelijk bewerkstelligd worden middels een training of stappenplan.

Theoretisch kader/ begripsafbakening

De herstelondersteunende visie van Dröes en Korevaar, beschreven in Langedijk (2018), vormt de basis waarbij de herstelvisie is gestoeld op acht kenmerken waar de professional over dient te beschikken om herstelondersteunend te werken: hoop en optimisme uitstralen en vergroten, present zijn, bescheiden professionele houding, eigen verhaal als uitgangspunt nemen, eigen kracht en empowerment vergroten, ervaringsdeskundigheid inzetten, ondersteuning van naastbetrokkenen stimuleren, lijden verlichten en autonomie vergroten. Langedijk (2018) heeft zijn herstelvisie gebaseerd op de definitie van gezondheid van Huber et al. (2011), namelijk: Gezondheid gaat over het vermogen om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.

Daarnaast wordt literatuur gehanteerd passend in de gestelde context. In verscheidene literatuur, waaronder in “Werken in gedwongen kader” van Menger et al. (2016), wordt gesproken over het Good Lives Model (GLM). Dit model gaat er vanuit dat delinquenten, net als andere mensen, bepaalde levensbehoeften of doelen beogen die universeel zijn. Daarbij is aandacht voor wat iemand kan en wil (Menger et al., 2016).

De prevalentie van psychiatrische diagnoses vormt ook onderdeel van het onderzoek. Derhalve worden de DSM V (APA, 2017) alsmede “Psychiatrie voor de sociaal werker” van Blanken e.a. (2017) als bruikbare literatuur geëxploreerd.

Er zijn meerdere onderzoeken uitgevoerd over herstelondersteunend werken binnen de forensische zorg in gedwongen kader. Ons onderzoek onderscheidt zich hiervan daar de doelgroep waar wij ons op richten specifiek is, namelijk ongewenst vreemdelingen.

Een aantal bestaande onderzoeken:

- Hoe kun je herstelgericht werken binnen de beperkingen van een forensisch kader?
Herstelondersteunend handelingsplan psychotische aandoeningen in de forensische zorg (Trimbos, 2018): <https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/ex015-herstelondersteunend-handelingsplan-psychotische-aandoeningen-in-de-forensische-zorg/>
- Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (Place et al., 2015)
<https://www.trimbos.nl/docs/df2fa645-8195-4ae5-9b2a-fc0df8be6572.pdf>

We zullen ons richten tot de sociotherapeuten en uitgaan van hun perspectief. Echter staat het werken volgens de herstelvisie in direct verband met cliënten. Derhalve zal er ook aandacht zijn voor het perspectief van cliënten middels bestaand onderzoek en uitkomsten van cliënttevredenheidsonderzoeken.

Onderzoeksmethode

Tijdens het onderzoek zullen we op de afdelingen waar ongewenst vreemdelingen met tbs-dwangverpleging verblijven, sociotherapeuten benaderen en inventariseren in welke mate zij over kennis beschikken gerelateerd aan herstelondersteunende zorg. Derhalve zal het onderzoek grotendeels kwalitatief zijn. Daarnaast wordt er binnen de organisatie kennis geput uit aanwezige data in de kennisbank en reeds uitgevoerde cliënttevredenheidsonderzoeken. Dit impliceert dat er ook een deel kwantitatief onderzoek gedaan wordt. Ook zal onderzoek gedaan worden naar best practices binnen en buiten de organisatie. Tijdens multi- en interdisciplinaire overleggen wordt reeds aanwezige kennis geraadpleegd. Er wordt gekozen voor deze vorm, daar wij veronderstellen zo een compleet beeld te krijgen van aanwezige kennis om ten einde een product voor sociotherapeuten te ontwikkelen die toegepast kan worden in de praktijk. Tijdens het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de regulatieve cyclus. Dit model beschrijft zes kernactiviteiten: oriëntatie, richten, plannen, verzamelen, analyseren en conclusies trekken, rapporteren en presenteren (Van der Donk & van Lanen, 2017). Deze cyclus leidt tot het ontwerpen van een product.

Onderzoekspopulatie en –selectie

Aan de hand van een stakeholdersanalyse wordt inzichtelijk gemaakt op welke onderzoekspopulatie we ons richten. We zullen belangrijke stakeholders mondeling en schriftelijk benaderen (inclusie).

In tabel 1 worden de invloeden en belangen van de stakeholders aangeduid. De mate van invloed wordt met een cijfer van 1 tot 5 weergegeven. Cijfers drie tot vijf worden geïnccludeerd en één en twee geëxcludeerd dan wel geïnformeerd maar hebben geen invloed op het onderzoeksproces.

Cijfer 1 betekent weinig invloed of belangen en naarmate het cijfer hoger wordt, worden de belangen of invloeden relevanter. Achter de stakeholders staat beschreven of zij indirect of direct betrokken zijn in het proces.

Tabel 1: stakeholdersanalyse

Invloed stakeholder	Groot	<u>Meedenken inhoud</u> Respondenten (sociotherapie) 5 direct Senior onderzoeker en begeleider 5 direct Hoofdbehandelaar 5 direct Patiënten 3 indirect	<u>Meebeslissen</u> Onderzoekscommissie CTP Veldzicht 5 direct Sociotherapie 5 direct
	Klein	<u>Informereren</u> Afdeling facilitair 1 indirect Afdeling diagnostiek 1 indirect Andere behandelafdelingen 1 indirect Beveiliging (MGB) 1 indirect	<u>Betrekken in proces</u> Sociotherapie 5 direct Onderzoekscommissie 5 direct Afdelingshoofden 5 direct
		Klein	Groot
		Belang stakeholder	

Data analyse

Verkregen data uit interviews met focusgroepen worden geanalyseerd middels beschrijvende statistiek. Zodoende worden onderzochte aspecten in kaart gebracht door de ze weer te geven in de vorm van percentages of aantallen van het totaal aantal antwoorden (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Hieruit ontstaan staaf-, cirkeldiagrammen of tabellen die bij de presentatie van deze data gehanteerd wordt.

Ethische aspecten

Direct betrokken stakeholders worden middels een formulier om toestemming gevraagd om de verkregen informatie te gebruiken. Dit heeft betrekking op ons onderzoek (bijlage 1).

Het onderzoek dient bij te dragen aan het versterken van rechtvaardigheid, rechtsgelijkheid, kansengelijkheid, sociale veiligheid, sociale duurzaamheid, sociale innovatie en/of bevorderen van sociaal beleid. Echter zijn dit ook waarden die mogelijk een rol spelen in ethische kwesties. Tijdens ons onderzoek gaan wij dilemma's verkennen aangaande deze waarden middels een morele beraadslaging.

Onderzoeksprocedure

In tabel 2 staat een tijdspad weergegeven.

Tabel 2: Tijdspad

Oriënteren	01 juli '22 tot 10 september '22 Format voorstel onderzoek presenteren aan commissie Veldzicht d.d. 22 september '22
Richten • Inzoomen op het praktijkprobleem • Afbakenen onderzoeksvraag • Keuzes onderbouwen (stakeholders, literatuur) en eigen overtuigingen • Probleemstelling bestaande uit praktijkprobleem en literatuurstudie, het doel en deelvragen concretiseren/ beantwoorden aan de hand van verkregen data.	16 september '22 tot 29 september '22
Plannen • Stakeholdersanalyse • Literatuur meten ladder • Best practices • Respondenten (focusgroep bestaande uit 8 sociotherapeuten) • Faciliteiten • Schrijven onderzoeksplan gericht op oriënteren/richten en plannen	29 september '22 tot 15 oktober '22

Verzamelen • Uitvoeren onderzoeksactiviteiten • Data verzamelen ten behoeve van beantwoorden onderzoeksvraag (observatieschema, interviewleidraad, vragenlijst)	15 oktober '22 tot 01 november '22
Ontwerpen: • Impact van ontwerp vaststellen, ontwerpideeën genereren, vaststellen methodiek. <i>Een nader te bepalen beroepsproduct ontwikkelen die tools en handreikingen bevatten met betrekking tot herstelondersteunend werken binnen de complexe context en specifieke doelgroep.</i>	01 november '22 tot 24 november '22
Analyseren en concluderen • Verzamelde data geven antwoorden op concrete onderzoeksvraag (concluderen)	24 november '22 tot 07 december '22
Rapporteren/presenteren • Bepalen communicatiestrategie • Bepalen implementatiestrategie • Belanghebbenden betrekken en interactie stimuleren om verandering te bewerkstelligen.	07 december '22 tot 05 januari '23

Kennisdeling

De doelgroep die wij met dit onderzoek willen bereiken, betreffen: sociotherapeuten, behandelaren, beleidsmakers en andere disciplines die een vorm van behandeling geven aan patiënten. Het streven is dat patiënten de positieve effecten bemerken door het krijgen van behandeling gestoeld op de herstelondersteunende visie.

Gedurende het onderzoek richten wij ons op een combinatie van twee implementatiebenaderingen: het rationele model en de participatieve implementatie benadering. Het rationele model houdt in dat kennisdeling wordt ingezet nadat uitkomsten van praktijkonderzoek bekend zijn (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Dit wordt vertaald naar een beroepsproduct. Dit is bij ons van toepassing daar wij middels praktijkonderzoek tot een beroepsproduct komen die geïmplementeerd kan worden binnen Veldzicht. De participatieve implementatie benadering houdt in dat kennisdeling en implementatie plaatsvinden gedurende het onderzoekstraject. De innovatie verloopt stapsgewijs in overleg met

belanghebbenden (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Deze benadering is van toepassing omdat wij intensief zullen samenwerken met een focusgroep en andere disciplines.

Aangaande de implementatie zal de focus liggen op de educatieve implementatiestrategie. Hierbij wordt verandering beoogd in het handelen en denken van zorgverleners door te richten op vergroting van de deskundigheid (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Dit ligt in het verlengde van de hoofdvraag daar wij onderzoeken wat sociotherapeuten nodig hebben om herstelondersteunend te werken. Het product dient in deze hulpvraag te voorzien om zodoende kennis en kunde te vergroten. Verder wordt sociale interactie gebruikt als implementatiestrategie. Dit impliceert dat medewerkers beïnvloed kunnen worden om tot verandering over te gaan door mensen uit hun directe omgeving die dit proces aangaan of door hiernaar te vragen (Van der Donk & Van Lanen, 2019). Omdat wij regelmatig op de werkvloer aanwezig zijn, in interactie met verscheidene disciplines en een focusgroep opzetten, leidt dit mogelijk tot beïnvloeding daar men meer bekend raakt met het onderwerp, aangezet wordt tot nadenken en zodoende betrokken raakt in het proces.

Literatuurlijst

- CCE, & Timmermans, M. (z.d.). *Minder beheersing maakt de forensische psychiatrie veiliger*. CCE (Centrum voor Consultatie en Expertise). Geraadpleegd op 2 september 2022, van <https://cce.nl/publicatie/minder-beheersing-maakt-de-forensische-psychiatrie-veiliger#:~:text=In%20navolging%20van%20de%20acute,ook%20veel%20van%20het%20person eel>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2016, 27 februari). *Repatriëring vreemdelingen in de tbs*. Forensische Zorg. Geraadpleegd op 1 augustus 2022, van <https://www.forensischezorg.nl/beleid/beleidsdocumenten-en-kaders/repatri%C3%ABring-vreemdelingen-in-de-tbs>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2020, 20 februari). *Meerjarenplan onderzoek CTP Veldzicht*.
- Donk, C., & Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (3de editie). Coutinho.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A.J., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Van der Meer, J.W.M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., Smid, H. (2011). *How should we define health?* BMJ.
- Langedijk, J. (2018). *Praktijkboek herstelondersteunende zorg*. SWP.
- Meinardi, L. (2017). *Landelijk opleidingsdocument sociaal werk*. SWP.
- Menger, A., Krechtig, L., & Bosker, J. (2016). *Werken in gedwongen kader*. SWP.
- Van der Helm, G. H. P., Kröger, U., Schaftenaar, P., & Van Vliet, J. (2013). *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. SWP.

Bijlagen

Bijlage 1: informed consent, advies



Toestemmingsverklaring formulier (informed consent)

Titel opdracht: eindonderzoek (advies)

Sociaal Werker in opleiding:

In te vullen door de deelnemer

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over het onderzoek die de Sociaal Werkers in opleiding (voortaan afgekort met i.o.) uitvoeren. Ik weet dat de verkregen gegevens en resultaten van de gesprekken worden verwerkt in het onderzoek voor de opleiding en organisatie, CTP Veldzicht en ik ga hiermee akkoord. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan het onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgaaf van redenen mijn deelname te beëindigen.

Naam deelnemer:

Datum:

Handtekening deelnemer:

In te vullen door de Sociaal werker i.o.

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven op de opdracht die ik uitvoer. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

John de Wit

Datum:

Handtekening:

Michelle Kaauw

Datum:

Handtekening:

Bijlage 2: Samengevatte interviewverslagen

2.1 Hoofdbehandelaar/gezondheidszorgpsycholoog

We gaan makkelijk voorbij aan herstelondersteunend werken, het is een ‘ondergeschoven kindje’. Er is weinig aandacht voor wat het met de patiënt doet om het label ‘tbs-patiënt’ te krijgen, het verwerkings- en acceptatieproces. Derhalve mag er ook meer aandacht zijn voor het verlies wat hiermee gepaard gaat en het stigma wat ze hierdoor mogelijk ervaren. Daarbij wordt een groot deel van de autonomie van patiënten afgenomen in deze setting. Er wordt voornamelijk gewerkt vanuit het RNR-model met als doel het recidive verminderen. Hierdoor gaan we voorbij aan wat de patiënt belangrijk vindt en waar de patiënt naartoe wil. Eigenaarschap is echter wel belangrijk daar patiënten zich hierdoor meer gehoord en eigenaar voelen over hun behandeling. Een herstelgerichte benadering en een risico beperkende benadering kunnen elkaar versterken en naast elkaar bestaan daar het motivatie aanboort, hoop en perspectief creëert. Hierbij is het van belang dat er een goede balans blijft bestaan tussen perspectief en behandeling. Het risico bestaat namelijk dat patiënten zich dusdanig richten op terugkeer, dat ze minder aandacht krijgen voor het ondergaan van de benodigde behandeling. Er zijn echter ook patiënten die niet terug mogen of kunnen keren naar het land van herkomst, maar voor wie ook geen perspectief is op terugkeer in de Nederlandse samenleving. Voor deze patiënten is de zoektocht naar zingeving en perspectief lastiger.

Het werk dat wordt aangeboden aan patiënten binnen Veldzicht leert hen nieuwe vaardigheden. Opgedane vaardigheden kunnen ze eventueel inzetten bij terugkeer naar het land van herkomst, bijvoorbeeld in de groenvoorziening. Dit is ondersteunend voor het creëren van perspectief. Derhalve is het van belang dat het aangeboden werk aansluiting vindt bij de patiënt.

Patiënten koken graag voor zichzelf of gezamenlijk. Dit doen ze van het geld wat ze verdienen bij de arbeidstherapie. In de centrale keuken van de organisatie wordt dagelijks een maaltijd bereid. Het is echter niet mogelijk om zelf voorkeuren aan te geven omdat dit centraal geregeld wordt. In het verleden konden patiënten een maaltijdvergoeding krijgen als ze besloten geen maaltijden uit de keuken te willen ontvangen. Er werd door veel patiënten gebruik gemaakt van deze optie. De reden dat de organisatie hierin niet meer kan faciliteren is omdat er daardoor minder werkzaamheden voor de keukens waren. Derhalve is besloten om dit stop te zetten. Voor cliënten betekent dit dat ze niet zelf kunnen kiezen wat ze willen eten. Hierdoor worden ze in hun keuzevrijheid en autonomie beperkt.

Binnen Veldzicht werken een aantal voormalig penitentiair inrichtingswerkers die zijn doorgestroomd. Zij hebben geen zorg gerelateerde opleiding afgerond. Ook werken er wegens personeelstekort een aantal mensen die nog in opleiding zijn. Tot een aantal jaren terug kreeg iedere sociotherapeut een jaar lang cursussen om de deskundigheid te vergroten voor het werken met de doelgroep verblijven binnen Veldzicht. Dit wordt echter niet meer gedaan waardoor bij een aantal medewerkers de vaardigheden ontbreken om bijvoorbeeld herstelondersteunend te werken. Een leidinggevende kan pas medewerkers aanspreken als ze deze vaardigheden hebben opgedaan.

2.2 Transcultureel wetenschappelijk medewerker

Wat in jullie onderzoek belangrijk is, is volgens mij dat je als je gaat praten over herstel steeds checkt of de woorden, waarden, aannames die je daarbij hebt ook kloppen met hoe een patiënt daarover denkt. Het is een beetje alsof je praat met iemand in een andere taal: je wil iets benoemen waar je het samen over wil hebben, dan moet je eerst vragen: ‘Hoe noem jij dit?’ en ‘Wat betekent het voor jou?’ Daar kan de culturele achtergrond van de patiënt een rol spelen, maar dan is het niet zinvol en zelfs te belastend in verhouding tot het doel van dit project om de hele culturele identiteit te gaan uitvragen. Je kunt iemand vragen hoe hij over bepaalde elementen van herstel denkt (zoals die in het Good Lives Model bijvoorbeeld centraal staan). Als je merkt dat het erg afwijkt kun je vragen waar die gedachte

vandaan komt en wat er dan beter aansluit op zijn/haar normen, waarden, associaties en gedrag. Misschien heeft het de ene keer te maken met waar iemand vandaan komt, de andere keer meer met opleidingsniveau of met de ervaringen van een patiënt in bijvoorbeeld het criminele circuit. Denk bijvoorbeeld aan het woord 'trots'. Voor ons is dat woord erg verbonden aan zelfvertrouwen, positiviteit en succes. Ik heb gemerkt dat sommige patiënten in Veldzicht dat woord anders zien: meer denken aan 'uit de hoogte, arrogant, koppig, te vol van jezelf, onbescheiden'. Dan kun je dus, in het gesprek over dat woord, vóórdat je iemand vraagt 'waar ben je trots op?' vragen: 'is trots een belangrijk woord voor jou?' Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? Waar denk je aan bij dat woord, wat voor gevoel geeft het je? Als wij het willen hebben over zelfvertrouwen, positiviteit en succes, welk woord vat dat dan samen voor jou? Dan zegt een patiënt bijvoorbeeld 'tevredenheid'. Dan pas je verder in je gesprek dus jouw woordkeuze aan.

2.3 Patiëntenraad

Datum: 12-10-2022

Duur: 1 uur

Aantal aanwezige patiënten: 4

Inleiding

Er heeft een gesprek plaatsgevonden met de patiëntenraad bestaande uit patiënten verblijvend op verschillende afdelingen binnen CTP Veldzicht. Er is ingeleid door te vertellen waar ons onderzoek zich op richt en wat we met het gesprek beogen. Tijdens de bijeenkomsten is gebruik gemaakt van de Recovery-Promoting Relationships Scale (RPRS). Hiermee werd getracht na te gaan in hoeverre de patiënten ervaren dat er een herstelbevorderende relatie met hen wordt aangegaan door sociotherapeuten. De vragen konden beoordeeld worden met oneens, een beetje oneens, een beetje eens, eens en niet van toepassing. De uitkomsten hebben we nabesproken waarna een dialoog is aangegaan over hun visie op het ontvangen van herstelondersteunende zorg in hun situatie. Hieronder volgt de verslaglegging van het gesprek opgedeeld in de besproken thema's.

Agressie en dwangmedicatie

Behandeling is ook gericht op dwang, het slikken van psychofarmaca wordt daarbij als voorbeeld aangedragen. Een patiënt noemt dat hij jaren geleden dwangmedicatie opgelegd heeft gekregen wegens agressief gedrag dat hij destijds vertoonde. Dit wordt elke keer verlengd zonder dat er gekeken wordt naar hoe hij de afgelopen tijd heeft gefunctioneerd, aldus patiënt. In de beleving van enkelen wordt niet gekeken hoe dit afgebouwd kan worden, maar impliceert behandeling louter het innemen van medicatie. Een patiënt geeft aan dat een aparte afdeling voor het afbouwen van medicatie mogelijkheid kan bieden om er zodoende achter te komen.

Ook ervaart één patiënt dat er onvoldoende alternatieven worden aangereikt om met zijn emoties en hieruit voortkomende agressie om te gaan. Andere patiënten van een andere afdeling ervaren daarentegen wél dat er gekeken wordt naar andere alternatieven door het werken met een signaleringsplan, inzetten van PMT, gesprekken etc. Zij zijn hier tevreden over.

Achtervolgd worden door het verleden

Patiënten geven aan dat hun delict geschiedenis hen blijft achtervolgen en er minder gekeken wordt naar vorderingen die er nadien gemaakt zijn. Ook geven patiënten aan dat onderzoeken die in het verleden hebben plaatsgevonden hen blijft achtervolgen. De uitkomsten worden voor waarheid aangenomen en er wordt volgens patiënten onvoldoende onderzoek gedaan of deze informatie betrouwbaar is.

Gevoel van veiligheid en gelijkwaardigheid

Het overgrote deel van de patiënten (afhankelijk van de afdeling) ervaren dat de sociotherapie veel op kantoor zit met een dichte deur. Patiënten zien dat er wordt gewerkt achter de computer, maar ook dat er veel gelachen en koffie wordt gedronken. Een patiënt zegt: “Wanneer we iets willen vragen is er geen tijd of worden we weggewuifd”. Dit wordt niet door alle aanwezige patiënten bevestigd maar enkelen ervaren het wel. Een patiënt zegt: “De sociotherapie komen om te werken, niet om te chillen”. Een andere patiënt vult aan dat hij zich afvraagt wat de sociotherapie over hem rapporteert als ze hem niet hebben gesproken. Een patiënt zegt dat de sociotherapie aangeeft dat hij mag aankloppen als hij een vraag heeft of een gesprek behoeft. Vanuit zijn eigen waarden en normen heeft hij echter geleerd dit niet te doen bij een dichte deur, en dus durft hij dit ook niet doen. Een andere patiënt geeft aan dat als hij een vraag stelt er regelmatig wordt gereageerd met “Alweer een vraag?”. Dat hij overal om moet vragen vindt hij vervelend omdat het hem beperkt in zijn autonomie. Een dergelijke reactie sterkt dit gevoel bij hem.

Patiënten geven aan dat sociotherapie soms op de groep komt om tv te kijken of een krant te lezen. Ze ervaren hierbij weinig interactie. Sociotherapie zou voornamelijk op de groep komen op het moment dat het escaleert. Er is dan niet meer na te gaan wat de aanleiding is geweest. Dat er weinig zicht is op de dynamiek, maakt dat patiënten zich onveilig voelen. Volgens een patiënt is de aanwezigheid van sociotherapie op een specifieke afdeling afgenomen sinds er zich incidenten hebben voorgedaan. Patiënt geeft aan te weten dat dit komt omdat de sociotherapie weer gezond naar huis wil en derhalve onveilige dynamiek mijdt. Patiënten zouden voor hun eigen veiligheidsgevoel het prettig vinden als de sociotherapie vaker op de groep aanwezig is. Dit zou er volgens patiënten ook toe kunnen leiden dat ze meer gelijkwaardigheid ervaren in het contact met de sociotherapeuten en het een positieve uitwerking heeft op de samenwerkingsrelatie, bijvoorbeeld door samen een spelletje te doen. Ze erkennen dat volledige gelijkwaardigheid onmogelijk is gezien de context en de patiënt-begeleider relatie, maar hier is wel nog winst in te behalen. Meer contact zorgt er volgens patiënten ook voor dat ze eerder kenbaar maken hoe het met ze gaat. Een patiënt zegt hierover het volgende: “Een patiënt die een behandelrelatie moet aangaan, moet zich veilig en geborgd voelen”. Er is ook een patiënt die wel ervaart dat er voldoende aanwezigheid van sociotherapie op de afdeling is waarbij er met hen wordt geïnteracteerd.

Patiënten erkennen dat er ergens begonnen moet worden met het teweegbrengen van verandering. Voor het gewenste effect zouden ze echter wel wensen dat uiteindelijk alle disciplines volgens de principes van herstelondersteunende zorg te werk gaan en niet enkel de sociotherapie.

Autonomie

De beperkende en contextuele belemmeringen leiden tot het verminderd ervaren van autonomie. De patiënten zouden het prettig vinden om hier in gesterkt te worden met kleine stappen, bijvoorbeeld meer bewegingsvrijheid en zelf bepalen wanneer ze naar zaal West gaan. Hun verleden heeft hun zelfvertrouwen beschadigd, het geven van vertrouwen door de hulpverlening helpt hen om dit weer terug te krijgen. Alle patiënten van de raad zeggen geen vertrouwen te ervaren van de sociotherapie.

Verder zien ze dat maatregelen veelal worden genomen op groepsniveau in plaats van op individueel niveau. Een voorbeeld van een steekincident met plastic bestek wordt aangedragen. Hierdoor mag de hele groep hier niet meer mee eten en moeten ze op hun kamer eten in plaats van aan tafel op de groep. Patiënten zeggen hierover: “Er wordt makkelijk iets afgepakt, maar niet weer teruggegeven. Ze zouden

meer mogen kijken hoe dit weer teruggegeven kan worden in kleine stappen door te kijken hoe de patiënten hiermee omgaan.”

Autoriteit

Patiënten geven aan veel autoriteit te ervaren in de wijze waarop ze bejegend worden. Voor hun gevoel wordt hier ook misbruik van gemaakt. Een patiënt geeft aan dat dit bij hem confrontatie uitlokt. Een patiënt noemt als voorbeeld dat hij werd aangesproken omdat hij een grapje maakte door met zijn vinger in de zij te prikken van een medepatiënt. Door de sociotherapie werd gezegd dat hij anderen niet aan mag raken. Toen hij vroeg waarom, kreeg hij als reactie: “Omdat ik het zeg”, aldus patiënt. Het zit hem niet in het feit dat dit niet mag, maar meer in de wijze waarop dit met hem wordt gecommuniceerd. Een gesprek hierover waarin het ook wordt toegelicht had voor hem verschil gemaakt.

Patiënten zeggen daarnaast dat ze relatief weinig aandacht ervaren voor wat ze goed doen, bijvoorbeeld in de vorm van complimenten. Een patiënt schetst een metafoor over een hond die elke keer geschopt wordt. Uiteindelijk wordt de hond vals of angstig, maar de uitkomst is sowieso negatief. Hij voegt toe dat hij ook erg beschadigd is en de grootste heling voor hem zit in de zogenoemde ‘aai over de bol’. Dit neemt voor hem niet weg dat ook benoemd mag worden wat er beter kan. Andere patiënten erkennen dit.

Afsluitend

Patiënten hebben het gesprek als prettig ervaren. Soortgelijke gesprekken worden volgens hen ook op de afdeling gevoerd tijdens afdelingsoverleg, maar niet zo diepgaand. Daarbij missen ze een outcome. Een patiënt zegt bijvoorbeeld dat hij +/- 9 maanden geleden heeft aangegeven de aanwezigheid van sociotherapie op de groep te missen, maar dat er sindsdien niks is veranderd.

2.4 Focusgroep

Datum: 1-11-2022

Duur: 1 uur per groep

Inleiding

Er hebben gesprekken plaatsgevonden met twee focusgroepen bestaande uit sociotherapeuten. Tijdens de bijeenkomsten is gebruik gemaakt van een vragenlijst gebaseerd op de Recovery-Promoting Relationships Scale (RPRS). Hiermee werd getracht na te gaan in hoeverre de sociotherapeuten naar eigen inzicht een herstelbevorderende relatie aangaan met patiënten. De vragen konden beoordeeld worden met oneens, een beetje oneens, een beetje eens, eens en niet van toepassing. De uitkomsten hebben we nabesproken waarna een semi-gestructureerd interview heeft plaatsgevonden over hun visie op herstelondersteunend werken binnen de context van de afdeling. Hieronder volgt de verslaglegging van het semi-gestructureerde interview.

Groep 1 (4 personen)

Deelnemers benoemden dat contextuele invloeden herstelondersteunend werken beïnvloeden. Op de vraag of sociotherapeuten patiënten helpen om het leven betekenisvol te ervaren, werd als voorbeeld genoemd dat er voor een Slowaakse patiënt elektroconvulsie therapie (ECT) als dwangbehandeling ingezet wordt. Sociotherapeuten geven aan de patiënt deze behandeling niet wil, er angstig voor is en vervolgbehandeling in een kliniek in Slowakije mogelijk is. Ze verliezen hierdoor het contact met de patiënt. Tijdens multidisciplinaire overleggen hebben de sociotherapeuten hun bevindingen

verduidelijkt aan het behandelteam. Ze voelden zich niet gehoord daar de behandeling in de optiek van de sociotherapeuten doorgedrukt wordt en de bevindingen niet serieus genomen worden. Ze hebben het gevoel dat ze hierdoor het leven van de patiënt niet betekenisvol laten ervaren omdat de autonomie van de patiënt hiermee ondermijnd wordt. Ze zijn het eens dat wanneer het lijden van de patiënt verminderd zou worden, ECT helpend zou kunnen zijn, echter zien ze dit bij deze patiënt niet al zodanig.

Volgens de deelnemers zou behandeling veel meer afgestemd moeten worden op wat de patiënt nodig heeft wanneer deze terugkeert naar land van herkomst. Daarbij wordt gedacht aan het leren van taal en vaardigheden die nodig zijn voor maatschappelijk herstel. Volgens de sociotherapeuten wordt er teveel focus gelegd op symptomatisch herstel en minder op persoonlijk- en maatschappelijk herstel.

Dwangbehandeling schaadt de vertrouwensrelatie volgens de sociotherapeuten. Tegelijkertijd wordt erkend dat symptomatisch herstel in veel gevallen nodig is wanneer patiënten lijden aan hun stoornis. Toch zien ze dat de uitzichtloosheid van patiënten leidt tot het verminderen van herstel. Wanneer we vragen hoe deze uitzichtloosheid doorbroken kan worden, wordt benoemd dat wet- en regelgeving de uitzichtloosheid in stand houdt. Sommige patiënten kunnen volgens de sociotherapeuten succesvol terugkeren, daar er voldoende (psychiatrische) nazorg gerealiseerd kan worden, een vangnet in het land van herkomst is en huisvesting en werkgelegenheid is. Dit geldt volgens hen slechts voor een deel van de patiëntenpopulatie. Er is ook een groep die niet terug kan keren, daar sommige landen onderdanen niet terug wil. Deze groep patiënten komt uiteindelijk in een kliniek voor langdurige psychiatrische zorg (LFPZ).

Wanneer we vragen hoe er binnen de context herstelondersteunend gewerkt zou kunnen worden, geven sociotherapeuten aan dat positief bekrachtigen werkend kan zijn. Ook wordt benoemd dat er kleine stappen gemaakt kunnen worden als er meer autonomie gegeven wordt. Zo worden voorbeelden als eigen medicatie in beheer houden voorgesteld, maar volgens de aanwezige therapeuten staat dit veelal niet in lijn met de behandelindicatie en wordt dit slechts in enkele gevallen toegestaan.

Sociotherapeuten geven aan dat veel handelingen ingaan tegen eigen morele waarden. Dit schuurt dikwijls, daar ze handelingen verrichten die de samenwerking met betrokken patiënten schaadt. Het zou volgens de sociotherapeuten helpend kunnen zijn wanneer patiënten stappen kunnen maken in hun behandeling door hen over te plaatsen naar een afdeling met meer vrijheden. Daar zouden ze kunnen oefenen met situaties die een beroep doen op zelfstandigheid, zelfredzaamheid en het ontwikkelen van zelfvertrouwen.

Wanneer we vragen hoe sociotherapeuten omgaan met het spanningsveld tussen autonomie en begrenzen, wordt aangegeven dat het te allen tijde wenselijk is om middels contact zicht te krijgen op de belevingswereld van de patiënt. Toch wordt ook erkend dat in veel situaties eerder vanuit beheersmatigheid gewerkt wordt daar protocollen, regels en fysieke veiligheid inherent zijn aan de context. Er wordt ervaren dat het inperken van bewegingsvrijheid minder zicht geeft op cognitie. Gedachten en gevoelens van de cliënt worden daarin ondermijnd, waardoor de gedragingen en het gevolg soms lastig te verklaren of in te schatten zijn. Wanneer een patiënt spanningen niet kan reguleren, wordt veelal de regie overgenomen. Wanneer we vragen hoe dit anders kan, wordt benoemd dat er bij één patiënt een spanningsmeter gebruikt wordt. Deze patiënt wordt gevraagd naar de betekenis van de spanning, hoe deze spanning gereguleerd kan worden en wat de patiënt daarvoor nodig heeft.

Veel sociotherapeuten erkennen dat behandelingen veelal westers van aard zijn en er minder gekeken wordt welke behandeling aansluiting vindt bij culturele aspecten. Er worden bijvoorbeeld sociale

omgangsnormen geprefereerd zoals het aankijken van mensen, het schudden van de hand van vrouwelijke medewerkers of het werken aan assertiviteit. Sociotherapeuten erkennen dat in andere culturen normen en waarden anders zijn en dat patiënten niet altijd geholpen zijn met het aanleren van westerse normen en waarden. Volgens hen is er meer maatwerk nodig. Er zou meer geïnvesteerd moeten worden in wat de patiënt zelf behoeft en hoe dit helpend kan zijn in diens cultuur.

Wanneer we sociotherapeuten vragen hoe er een veranderproces tot stand kan komen, worden er ideeën aangedragen. Voorbeelden: het zelf bellen van de bakker of medische dienst, zelf laten doen wat ze kunnen in plaats van het overnemen en luisteren naar de behoefte van de patiënt. Dit geeft aanleiding om te vragen wat men daarvoor nodig heeft. Sociotherapeuten noemen dat het betrekken van externen die meer kennis hebben, casuïstiekoverleg en het betrekken van de patiënt door te vragen naar relaties en waar de patiënt goed in is, helpend zou kunnen zijn.

Groep 2 (7 personen)

Op de vraag hoe sociotherapeuten herstelondersteunend werken voor zich zien binnen deze context, vertellen ze de taak te hebben om de verantwoording en autonomie van patiënten tot bloei te laten komen. Een voorbeeld die genoemd wordt betreft het zelf laten inplannen van een tandartsafpraak. Een ander voorbeeld die genoemd wordt is dat er bij de deuren van patiënten wordt langsgedaan om te luchten wat een vast onderdeel is van het dagprogramma. Daarentegen zou ook gewacht kunnen worden tot de patiënten hier zelf voor komen om hun eigen verantwoordelijkheid te stimuleren. Kanttekening die ze geven is dat de patiënt hiertoe in staat moet zijn. Derhalve moet inzichtelijk zijn wat een patiënt aankan.

Sociotherapeuten vertellen dat er te weinig wordt stilgestaan bij de appélwaarde per patiënt. Niet elke patiënt houdt van voetbal of tuinieren. Er zou meer gekeken kunnen worden waar een patiënt blij van kan worden, wat diens sterke en minder sterke eigenschappen zijn, wat een patiënt kan en wat hij/zij wil ontwikkelen. Dit kan verkend worden door het gesprek aan te gaan met een patiënt waarbij hij of zij gelijkwaardig en met respect benaderd wordt. De sociotherapeuten zeggen dat de patiënt ook mens is. Door de term ‘patiënt’ te gebruiken wordt er uitgegaan van het zieke gedeelte. Ze zijn van mening dat dit niet meer benadrukt hoeft te worden dan nodig. Termen als ‘cliënt’, ‘de heer’ of ‘mevrouw’ vinden ze minder stigmatiserend. De sociotherapeuten trachten patiënten te ondersteunen bij het leren leven met de diagnose door vaardigheden in te zetten die empowerment en autonomie vergroten. Verder zien ze het hebben van aandacht voor sociale contacten, leren van succeservaringen, indien mogelijk het in eigen beheer hebben van medicatie en het uitoefenen van verloven als herstelondersteunend. Sociotherapeuten benoemen dat herstelondersteunend werken binnen deze context bemoeilijkt wordt en derhalve gekeken dient te worden naar welke kleine stappen kunnen leiden tot verandering aangaande de uitvoering.

Op de vraag wat sociotherapeuten verwachten hoe patiënten hun eigen identiteit zouden beschrijven, zeggen ze dat patiënten naar verwachting hun naam en leeftijd zullen benoemen. Ze ervaren dat er patiënten verblijven die zich veilig voelen bij de opgetreden hospitalisatie. Dit zijn patiënten die veelal verblijven of doorstromen naar de ‘longstay’ afdeling en er rust in hebben gevonden dat ze de rest van hun leven doorbrengen in een kliniek daar er geen ander perspectief is.

Er wordt gevraagd hoe de sociotherapeuten aandacht hebben voor het gevoelsleven van patiënten en wat ze hieronder verstaan. Een aantal sociotherapeuten vertellen dat ze met patiënten in gesprek gaan over hun waarnemingen om invulling geven aan de betekenis hiervan. Een sociotherapeut geeft aan niet goed te weten wat hieronder wordt verstaan en hoe ze hier zicht op krijgt. Zij heeft hiervoor gewerkt bij een penitentiair psychiatrisch centrum. Ze ervaart dat binnen Veldzicht meer ruimte is

voor het ‘grijze’ gebied daar er in vergelijking minder beheersmatig wordt gewerkt en meer vanuit contact. Om hierin vaardig te worden leert ze van collega’s en door situaties te ervaren.

Op de vraag in welke mate zorg wordt overgenomen, vertellen sociotherapeuten dat veiligheid prioriteit heeft en leren tijd kost bij patiënten. Derhalve vinden ze dat er meer SMART gedacht en gewerkt mag worden aangaande het stellen van doelen. SMART is een afkorting voor: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden (Randstad, z.d.). Idealiter zien ze graag dat er meer gekeken wordt naar de wensen van patiënt. Nu ligt er voornamelijk aandacht op behandeldoelen. Derhalve zou er niet alleen aandacht zijn voor wat ‘moet’, maar óók voor wat hiernaast kan bestaan. Ze achten het hierbij van belang dat de doelen zich richten op de meest essentiële hulpvragen.

Het verkennen en aanboren van intrinsieke motivatie wordt voornamelijk gedaan door motiverende gespreksvoering in te zetten. Sociotherapeuten zien dat de motivatie ook afhankelijk is van waar een patiënt over beschikt, zoals een kind waarvoor hij/zij zich in wil zetten. Verder wordt benoemd: “Zolang patiënten geen lijdensdruk ervaren, gaan ze niet bewegen”. Voor deze patiënten is volgens sociotherapeuten bewustwording de eerste stap. Hierbij wordt gericht op het in gang zetten van het denkproces en niet te overtuigen.

Sociotherapeuten geven aan de visie op herstelondersteunende zorg en de uitvoering hiervan graag meer onder de aandacht te willen brengen. Het bespreken hiervan tijdens de focusgroep hebben ze als waardevol ervaren. Ze zien de voorzetting hiervan voor zich middels het implementeren van een soort intervisiegroep die eens per twee weken dient plaats te vinden. Dit zou geleid kunnen worden door iemand met expertise aangaande herstelondersteunende zorg. Tijdens de groep zou per bijeenkomst aandacht geschonken kunnen worden aan een element van herstelondersteunende zorg. Een voorbeeld die wordt genoemd is het element ‘eigen regie’ waarbij de sociotherapeuten meer bewust worden van hun handelen om dit te stimuleren of te beperken. Ook zien ze mogelijkheden om hier tijdens structureel casuïstiekoverleg aandacht voor te hebben per individuele patiënt. Casuïstiekoverleg heeft een aantal keer plaatsgevonden, echter alleen op momenten dat ze vastliepen in de behandeling met een patiënt. Tijdens een casuïstiekoverleg wordt een patiënt besproken en kan gekeken worden wat hij/zij nodig heeft om zijn herstelproces verder vorm te geven. Hierbij kan ook gebruik worden gemaakt van externe samenwerkingspartners voor een ander perspectief. Hiermee beogen de sociotherapeuten meer zorg op maat te leveren. Op de vraag of ze vinden dat de patiënt hierbij aanwezig mag zijn, vinden ze dat dit verschilt per patiënt. Indien ze problemen ondervinden in de behandeling van de patiënt en de omgang, kan het onwenselijk zijn dat de patiënt hiervan op de hoogte is. In het geval van patiënten die het goed doen waarbij ze willen verkennen wat verdere ontwikkelwensen en mogelijkheden zijn, zou het wel wenselijk kunnen zijn.

Gezien de enthousiasme over het onderwerp ‘herstelondersteunend werken’ is het referaat ter sprake gebracht wat had plaatsgevonden aangaande dit onderwerp. Wij deelden onze observatie dat er relatief weinig medewerkers hierbij aanwezig waren waaronder geen één sociotherapeut. Er is gevraagd hoe dit komt. De sociotherapeuten geven aan onvoldoende bewust te zijn dat het referaat plaatsvond daar dit werd gecommuniceerd via digitale kanalen (mail, intranet). Ze geven aan dat de kans groter was geweest dat ze hierbij aanwezig waren als ze hiervoor als team ook mondeling van op de hoogte waren gesteld en uitgenodigd. Op die manier verwachten ze dat het meer onder de aandacht was gekomen.

Bijlage 3: Pyramid Model of Recovery-Oriented Professional Competencies

De piramide is opgebouwd uit drie componenten. De onderste laag betreft de interpersoonlijke vaardigheden van de hulpverlener die nodig zijn om de persoonlijkheid van de patiënt te (h)erkennen. Daarnaast dient de hulpverlener te beschikken over onvoorwaardelijke positieve gezindheid en de vaardigheden die nodig zijn om te werken met patiënten met psychiatrische aandoeningen. Hieronder valt onder andere het omgaan met een patiënt die overweldigd is door psychiatrische symptomen, vertrouwen houden en overbrengen met het potentieel van herstel. De tweede laag omvat de discipline specifieke competenties die zijn opgedaan middels scholing. De derde en bovenste laag omvat beroepscompetenties van hulpverleners die specifiek gericht zijn op het bevorderen van herstel van patiënten met psychiatrische aandoeningen. Het betreft vaardigheden die hoop, empowerment en zelfacceptatie van patiënten bevorderen (Russinova et al., 2006). Een hoopvol perspectief wordt als cruciaal beschouwd voor rehabilitatie en herstel. Ook heeft de therapeutische relatie en empowerment een belangrijk effect op de mate waarin patiënten herstel ervaren. Coursey en zijn collega's (1995) ontdekten tijdens een onderzoek onder patiënten met psychiatrische aandoeningen een positieve correlatie tussen de mate waarin patiënten zich door hun hulpverlener gesteekt voelden en het proces van hun herstel. Patiënten die in hun kracht werden gezet, kwamen minder vaak in contact met hulpverlenende instanties, hadden een kortere behandeling nodig en wisten meer van hun problemen.

Bijlage 4: RPRS-Scale – originele vragenlijst

Afbeeldingen 1, 2 en 3 geven de originele vragenlijst weer.

Afbeelding 1: RPRS-Scale, deel 1 (Ruscinova et al., 2006)

Appendix Copy of the RPRS Instrument—Page 1 of 3	
Recovery-Promoting Relationships Scale	
The following statements describe different aspects of the relationship people with psychiatric conditions might have with a mental health or rehabilitation provider.	
Please think of the relationship you have with _____	
Please check the box of the answer that best describes your relationship with this provider.	
1. My provider helps me recognize my strengths.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
2. My provider tries to help me see the glass as “half-full” instead of “half-empty.”	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
3. My provider helps me put things in perspective.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
4. My provider helps me feel I can have a meaningful life.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
5. I have a trusting relationship with my provider.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
6. My provider helps me not to feel ashamed about my psychiatric condition.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
7. My provider helps me recognize my limitations.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
8. My provider helps me find meaning in living with a psychiatric condition.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
9. My provider helps me learn how to stand up for myself.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable

© 2006, Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University. All rights reserved.

Appendix Copy of the RPRS Instrument—Page 2 of 3					
10. My provider accepts my down times.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
11. My provider encourages me to take chances and try things.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
12. My provider reminds me of my achievements.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
13. My provider understands me.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
14. My provider tries to help me feel good about myself.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
15. My provider helps me learn from challenging experiences.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
16. My provider really listens to what I have to say.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
17. My provider cares about me as a person.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
18. My provider treats me with respect.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
19. My provider helps me feel hopeful about the future.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable
20. My provider helps me build self-confidence.	☐ Disagree	☐ Somewhat Disagree	☐ Somewhat Agree	☐ Agree	☐ Not Applicable

© 2006, Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University. All rights reserved.

Afbeelding 3: RPRS-Scale, deel 3 (Ruscinova et al., 2006)

Appendix Copy of the RPRS Instrument—Page 3 of 3	
21. My provider sees me as a person and not just a diagnosis.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
22. My provider helps me develop ways to live with my psychiatric condition.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
23. My provider has helped me understand the nature of my psychiatric condition.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable
24. My provider believes in me.	☐ Disagree ☐ Somewhat Disagree ☐ Somewhat Agree ☐ Agree ☐ Not Applicable

Recovery-Promoting Relationships Scale (RPRS) Manual
CENTER for PSYCHIATRIC REHABILITATION, BOSTON UNIVERSITY
23

© 2006, Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University. All rights reserved.

Bijlage 5: RPRS-Scale – Voor het onderzoek gebruikte (vertaalde) vragenlijst

5.1 Vragenlijst voor de patiënten

Recovery-Promoting Relationships Scale (Schaal voor herstelbevorderende relaties)

De volgende uitspraken beschrijven verschillende aspecten van de relatie die patiënten verblijvend binnen CTP Veldzicht kunnen hebben met de sociotherapeuten. Denk daarbij aan de relatie die u heeft met uw persoonlijk begeleider.

Vink het vakje aan van het antwoord dat uw relatie met deze persoonlijk begeleider het beste beschrijft.

1. Mijn begeleider helpt mij om mijn krachten te herkennen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

2. Mijn begeleider probeert mij te helpen om positiever tegen zaken aan te kijken in plaats van het benadrukken van negatieve invloeden.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

3. Mijn begeleider helpt mij om zaken op verschillende manieren te bekijken.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

4. Mijn begeleider helpt mij om mijn leven betekenisvol te ervaren.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

5. Ik heb een goede vertrouwensrelatie met mijn begeleider.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

6. Mijn begeleider helpt me om mij niet te schamen voor mijn diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

7. Mijn begeleider helpt mij om mijn beperkingen te herkennen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

8. Mijn begeleider helpt mij om betekenis te geven aan mijn leven, losstaand van mijn diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

9. Mijn begeleider helpt mij om voor mezelf op te komen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

10. Mijn begeleider accepteert het als ik mij even niet zo goed voel.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

11. Mijn begeleider moedigt mij aan om kansen te pakken en dingen uit te proberen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

12. Mijn begeleider herinnert mij aan wat ik al heb bereikt.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

13. Mijn begeleider begrijpt mij.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

14. Mijn begeleider helpt om mij positief over mezelf te voelen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

15. Mijn begeleider helpt mij om te leren van ervaringen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

16. Mijn begeleider luistert naar wat ik werkelijk zeg.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

17. Mijn begeleider is begaan met mijn persoonlijk welbevinden.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

18. Mijn begeleider behandelt mij met respect.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

19. Mijn begeleider helpt mij om mij hoopvol te voelen over mijn toekomst.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

20. Mijn begeleider helpt mij om zelfvertrouwen te ontwikkelen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

21. Mijn begeleider ziet mij als mens en niet als mijn diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

22. Mijn begeleider helpt mij manieren te ontwikkelen om te leven met mijn diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

23. Mijn begeleider heeft mij geholpen om de aard van mijn diagnose te begrijpen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

24. Mijn begeleider gelooft in mij.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

Ruimte voor toelichting:

5.2 Vragenlijst voor de sociotherapeuten

Recovery-Promoting Relationships Scale (Schaal voor herstelbevorderende relaties)

De volgende uitspraken beschrijven verschillende aspecten van de relatie die patiënten verblijvend binnen CTP Veldzicht kunnen hebben met de sociotherapeuten. Denk daarbij aan de relatie die u heeft met de patiënt.

Vink het vakje aan van het antwoord dat uw relatie met patiënten het beste beschrijft.

1. Ik help patiënten om hun krachten te herkennen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

2. Ik probeer patiënten te helpen om positiever tegen zaken aan te kijken in plaats van het benadrukken van negatieve invloeden.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

3. Ik help patiënten om zaken op verschillende manieren te bekijken.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

4. Ik help patiënten om hun leven betekenisvol te ervaren.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

5. Ik heb een goede vertrouwensrelatie met patiënten.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

6. Ik help patiënten om zich niet te schamen voor hun diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

7. Ik help patiënten om hun beperkingen te herkennen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

8. Ik help patiënten om betekenis te geven aan hun leven, losstaand van hun diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

9. Ik help patiënten om voor zichzelf op te komen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

10. Ik accepteer het als patiënten zich even niet zo goed voelen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

11. Ik moedig patiënten aan om kansen te pakken en dingen uit te proberen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

12. Ik herinner patiënten aan wat ze al hebben bereikt.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

13. Ik begrijp patiënten.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

14. Ik help patiënten om zich positief over zichzelf te voelen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

15. Ik help patiënten om te leren van ervaringen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

16. Ik luister naar wat patiënten werkelijk zeggen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

17. Ik ben begaan met het persoonlijk welbevinden van patiënten.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

18. Ik behandel patiënten met respect.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

19. Ik help patiënten om zich hoopvol te voelen over hun toekomst.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

20. Ik help patiënten om zelfvertrouwen te ontwikkelen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

21. Ik zie patiënten als mensen en niet als hun diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

22. Ik help patiënten manieren te ontwikkelen om te leven met hun diagnose.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

23. Ik help patiënten om de aard van hun diagnose te begrijpen.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

24. Ik geloof in patiënten.

- ☐ Oneens
- ☐ Een beetje oneens
- ☐ Een beetje eens
- ☐ Eens
- ☐ Niet van toepassing

Ruimte voor toelichting:

Bijlage 6: De resultaten vragenlijsten en berekening

Figuur 3 geeft weer hoe de structuur van het RPRS instrument is opgebouwd.

Figuur 3: Structuur van het RPRS instrument (Russinova, Rogers & Ellison, 2006)

Indices	Items
Core Relationship	5, 10, 13, 16, 17, 18, 21, 24
Recovery-Promoting Strategies	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 22, 23
Subscales	
Hopefulness	2, 3, 4, 8, 11, 12, 19
Empowerment	1, 9, 20, 22, 23
Self-Acceptance	6, 7, 14, 15

Toekenning punten om te komen tot een score staat opgenomen in tabel 3.

Tabel 3: puntentoekenning

Antwoord	Punten
Oneens	0
Een beetje oneens	1
Een beetje eens	2
Eens	3

Omdat er geen vragenlijsten waren ingevuld met het antwoord ‘niet van toepassing’, is dit antwoord niet meegenomen in de puntentoekenning.

1. Core relationship (5, 10, 13, 16, 17, 18, 21, 24). Max. score ($8 \times 3 = 24$)
2. Recovery-promoting strategies (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 22, 23). Max. score ($16 \times 3 = 48$)
3. Hopefulness (2, 3, 4, 8, 11, 12, 19). Max. score ($7 \times 3 = 21$)
4. Empowerment (1, 9, 20, 22, 23). Max. score ($5 \times 3 = 15$)
5. Self-acceptance (6, 7, 14, 15). Max. score ($4 \times 3 = 12$)

Patiënten

- Vragenlijst 1:
 1. Score: 16 / 66,7%
 2. Score: 35 / 72,9%
 3. Score: 15 / 71,4%
 4. Score: 10 / 66,7%
 5. Score: 10 / 83,3%

Geen toelichting
- Vragenlijst 2:
 1. Score: 12 / 50%
 2. Score: 19 / 39,6%
 3. Score: 8 / 38,1%

4. Score: 5 / 33,3%

5. Score: 6 / 50%

Toelichting: "Ik heb helaas niet zo'n goede band met mijn persoonlijk begeleider dan ik dacht".

- Vragenlijst 3:

1. Score: 18 / 75%

2. Score: 9 / 18,8%

3. Score: 3 / 14,3%

4. Score: 0 / 0%

5. Score: 6 / 50%

Geen toelichting

- Vragenlijst 4:

1. Score: 17 / 70,8%

2. Score: 29 / 60,4%

3. Score: 15 / 71,4%

4. Score: 8 / 53,3%

5. Score: 6 / 50%

Geen toelichting

- Vragenlijst 5:

1. Score: 15 / 62,5%

2. Score: 24 / 50%

3. Score: 12 / 57,1%

4. Score: 7 / 46,7%

5. Score: 7 / 58,3%

Geen toelichting

Gemiddelde (n=5) (Alle scores per schaal bij elkaar opgeteld en delen door 5):

1. Core relationship: score 15,6 = 65% / 6,5

2. Recovery-promoting strategies: score 23,2 = 48,3% / 4,8

3. Hopefulness: score 10,6 = 50,47% / 5,0

4. Empowerment: score 6 = 40% / 4,0

5. Self-acceptance: score 7 = 58,3% / 5,8

Sociotherapeuten

- Vragenlijst 1:

1. Score: 21 / 87,5%

2. Score: 37 / 77,1%

3. Score: 17 / 81%

4. Score: 10 / 66,7%

5. Score: 10 / 83,3%

Geen toelichting

- Vragenlijst 2:
 1. Score: 20 / 83,3%
 2. Score: 46 / 95,8%
 3. Score: 19 / 90,5%
 4. Score: 15 / 100%
 5. Score: 12 / 100%

Toelichting: "Meer inhoudelijk op de behandeling zitten. Wat is behandeling, wat hebben de patiënten nodig, meer de diepte in. Soms staat de diagnose zo op de voorgrond dat die eerst goed behandeld moet worden voordat je de mens erachter kan behandelen. Meer 'echt' luisteren naar patiënten."

- Vragenlijst 3:
 1. Score: 14 / 58,3%
 2. Score: 29 / 60,4%
 3. Score: 11 / 52,4%
 4. Score: 8 / 53,3%
 5. Score: 8 / 66,7%

Toelichting: "We willen wel meer, maar kaders/regels maken dit soms moeilijk. Ook vervolgstappen zijn soms niet passend binnen onze mogelijkheden. Denk aan cultuur- en behandelingsverschillen in land van herkomst ten opzichte van hier."

- Vragenlijst 4:
 1. Score: 24 / 100%
 2. Score: 43 / 89,6%
 3. Score: 21 / 100%
 4. Score: 13 / 86,7%
 5. Score: 10 / 83,3%

Geen toelichting

- Vragenlijst 5:
 1. Score: 21 / 87,5%
 2. Score: 33 / 68,75%
 3. Score: 16 / 76,2%
 4. Score: 9 / 60%
 5. Score: 8 / 66,7%

Toelichting: "Ik ben hier nog niet zo lang, dus alles zo goed mogelijk geprobeerd in te vullen."

- Vragenlijst 6:
 1. Score: 12 / 50%
 2. Score: 35 / 72,9%
 3. Score: 14 / 66,7%
 4. Score: 12 / 80%
 5. Score: 9 / 75%

Geen toelichting

- Vragenlijst 7:
 1. Score: 21 / 87,5%
 2. Score: 33 / 68,8%
 3. Score: 11 / 52,4%
 4. Score: 12 / 80%
 5. Score: 10 / 83,3%

Geen toelichting

- Vragenlijst 8
 1. Score: 18 / 75%
 2. Score: 36 / 75 %
 3. Score: 16 / 76,2%
 4. Score: 10 / 66,7%
 5. Score: 10 / 83,3%

Geen toelichting

- Vragenlijst 9
 1. Score: 21 / 87,5%
 2. Score: 42 / 87,5%
 3. Score: 20 / 95,2%
 4. Score: 13 / 86,7 %
 5. Score: 9 / 75%

Geen toelichting

- Vragenlijst 10
 1. Score: 23 / 95,8%
 2. Score: 43 / 89,6%
 3. Score: 19 / 90,5%
 4. Score: 15/ 100%
 5. Score: 9 / 75%

Geen toelichting

- Vragenlijst 11
 1. Score: 21 / 87,5%
 2. Score: 48 / 100%
 3. Score: 21/ 100%
 4. Score: 15 / 100%
 5. Score: 12 / 100%

Geen toelichting

- Vragenlijst 12

1. Score: 22 / 91,7 %
2. Score: 44 / 91,7%
3. Score: 19 / 90,5%
4. Score: 14 / 93,3%
5. Score: 12 / 100%

Toelichting: De vraag: "Ik geloof in patiënten" : bij de ene patiënt geloof ik meer in zijn/haar potentie/toekomst etc. dan bij een andere patiënt.

- Vragenlijst 13

1. Score: 22 / 91,7%
2. Score: 41 / 85,4%
3. Score: 21 / 100%
4. Score: 11 / 73,3%
5. Score: 9 / 75%

Geen toelichting

- Vragenlijst 14

1. Score: 21 / 87,5%
2. Score: 47 / 97,9%
3. Score: 20 / 95,2%
4. Score: 15 / 100%
5. Score: 12 / 100%

Toelichting: De vraag: "Ik geloof in patiënten": Ik geloof met name in competenties van de patiënt en geef ze vertrouwen (tot het tegendeel blijkt).

Gemiddelde (n=14) (Alle scores per schaal bij elkaar opgeteld en delen door 14):

1. Core relationship: score 20,1 = 83,6% / 8,4
2. Recovery-promoting strategies: score 39,8 = 82,9% / 8,3
3. Hopefulness: score 17,5 = 83,3% / 8,3
4. Empowerment: score 12,3 = 81,9% / 8,2
5. Self-acceptance: score 10 = 83,3% / 8,3

Bijlage 7: Best practices

7.1 Good Lives Model

Binnen de forensische psychiatrie is behandeling van tbs- gestelden vaak gestoeld op het verminderen van recidiverisico. Dit wordt ook wel Riks Needs Responsivity genoemd en gaat uit van een risicobeginsel, behoeftebeginsel en responsiviteitsbeginsel (Fivoor z.d.). Veelal is er sprake van een hoog risico op herhaling van delictgedrag. Derhalve is de interventie ingrijpend en veelomvattend wat leidt tot klinische opname. De interventies bij klinische opname moeten gericht zijn op veranderbare risicofactoren. Deze methodiek heeft minder oog voor onderliggende drijfveren van strafbaar gedrag (Fivoor z.d.).

Binnen het forensisch psychiatrisch centrum de Kijvelanden wordt naast RNR ook gewerkt met het Good Lives Model (GLM). Het doel van GLM is het aanleren van adequate copingvaardigheden die niet leiden tot delinquent gedrag. Hiervoor worden aanwezige sterke kwaliteiten verder ontwikkeld. Daarbij wordt geïmpliceerd dat onderstaande elf menselijke basisbehoeften hieraan een bijdrage kunnen leveren (Fivoor z.d.). Deze staan weergegeven in tabel 4.

Tabel 4: Elf menselijke basisbehoeften (Fivoor z.d.)

1. Leven (inclusief gezondheid en lichamelijk welbevinden)
2. Kennis (Het gevoel van het vergaren van goede informatie en wat daarin belangrijk is)
3. Spelen (vrijtijdsbesteding en hobby's)
4. Werken (competentie)
5. Zelfbeschikking (autonomie en richting kunnen geven)
6. Innerlijke rust (vrijmaken van emotionele onrust, pijn en stress)
7. Verbondenheid (belangrijke anderen zoals familierelaties en vrienden)
8. Community (gemeenschap en sociale verbondenheid)
9. Spiritualiteit (betekenis geven aan het leven)
10. Plezier (goed voelen in het hier en nu)
11. Creativiteit (laten zien waar je bent, zelfexpressie)

Er zijn diverse studies naar GLM gedaan. Deze studies rapporteren dat adolescenten met adequate copingvaardigheden minder delinquent gedrag vertonen en minder psychosociale problemen ervaren. Daarentegen is bevonden dat delinquenten met minder adequate copingvaardigheden meer aanpassingsproblemen kennen bij terugkeer in de samenleving (Barendregt, 2018).

Het GLM kent overeenkomsten met herstelondersteunend werken. Bij herstelondersteuning is er eveneens sprake van een krachtgerichte benadering. Daarbij wordt onder andere gekeken naar groeimogelijkheden, het ontwikkelen van talenten en het vergroten van zelfvertrouwen door middel van empowerment (Langedijk, 2018).

Bronnenlijst

Barendregt, C. S. (2018). *Quality of life, delinquency and psychosocial functioning of adolescents in secure residential care: testing two assumptions of the Good Lives Model - Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. BioMed Central. Geraadpleegd op 13 december 2022 van, <https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13034-017-0209-9>

Langedijk, J. (2018). *Praktijkboek herstelondersteunende zorg* (3de editie). SWP

Fivoor. (z.d.). Geraadpleegd op 13 december 2022, van <https://www.fivoor.nl/wijzijnfivoor/werken-bij-tbs/behandelvisie-tbs/>

7.2 See Think Act

See Think Act (STA) is ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk door Elisabeth Alan. Het behelst een methodische wijze voor het hanteren van rationele veiligheid. De methodiek geeft praktische handvatten die benadrukken hoe relationele kwesties de veiligheid kunnen beïnvloeden. Binnen de methodiek is aandacht voor de therapeutische relatie tussen personeel en patiënten en hoe

groepsdynamische processen relationele veiligheidsrisico's met zich mee kunnen brengen (Royal College of Psychiatrists, 2022). Om inzicht te krijgen in de belevingswereld van patiënten is het volgens de STA methodiek essentieel om stemmingen en problemen te signaleren. Binnen deze methodiek is aandacht voor ontwikkelwensen, krachten, interesses en doelen van een patiënt die een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling. Ook vormt de historie van de patiënt een onderdeel van de methodiek om zodoende alert te zijn op 'triggers' en deze gezamenlijk met de patiënt te bespreken. Bevindingen worden door het personeel tijdens diensten en overdrachten besproken met het team. Multidisciplinaire casuïstiekoverleggen kunnen ingezet worden om behandelplannen, vroegsignaleringen of krachteninventarisaties aan te passen als behoeften, risico's of signalen van de patiënt wijzigen. Binnen STA is aandacht voor het waarnemen (See), dit impliceert observeren wat er gebeurt en veranderingen opmerken. Think, nadenken over de betekenis van de observaties. Daarbij wordt een beroep gedaan op de normatieve reflectie van de professional. Act, het kiezen van een geschikte interventie die relationele veiligheid ondersteunt (*Pompestichting*, z.d.)

Er is en binnen- en buitenland onderzoek gedaan naar de werking van de STA methodiek. Nederlands onderzoek uitgevoerd door de Radboud Universiteit laat zien dat de resultaten naar teamreflexiviteit en het afdelingsklimaat veelbelovend zijn. Echter wordt vervolgonderzoek met andere valide meetinstrumenten wenselijk geacht, daar er verschillen bemerkt zijn tussen Britse en Chinese onderzoeken (Vries, 2022).

Bronnenlijst

Pompestichting. (z.d.). *See Think Act (STA)*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van [https://www.pompestichting.nl/Relationele-Veiligheid/See-Think-Act-\(STA\)/](https://www.pompestichting.nl/Relationele-Veiligheid/See-Think-Act-(STA)/)

Vries, D. M. G. (2022, 10 november). *See think act scale. Validation of the Dutch version of a measure of relational security in high secure forensic psychiatric care*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/283980>

Royal College of Psychiatrists. (2022). *See Think Act*. Geraadpleegd op 14 december 2022, van <https://www.rcpsych.ac.uk/improving-care/ccqi/quality-networks-accreditation/forensic-mental-health-services/see-think-act>

7.3 Forensic High Intensive Care (FHIC)

Wanneer patiënten in crisis verkeren kunnen ze voor korte duur, maximaal 15 weken opgenomen worden op een afdeling waar intensieve forensische zorg geboden wordt. Veelal is bij de patiëntenpopulatie sprake van een ernstig disbalans tussen draagkracht en draaglast. Met het verblijf op een FHIC-afdeling wordt beoogd om verdere achteruitgang en verstoring van de behandeling, het leefklimaat en recidiverisico te voorkomen (*FHIC*, z.d.). Repressieve maatregelen zoals begrenzen of het isoleren van een patiënt worden zo min mogelijk ingezet. De FHIC-afdelingen in forensische settingen kennen een fysieke omgeving die gericht is op het vergroten van het welzijn om zodoende stress te reduceren. Professionals werken zoveel mogelijk vanuit een herstelondersteunende visie, zijn present en trachten zoveel mogelijk nabij de patiënt te zijn. Ze staan naast de patiënt en veiligheid wordt gehaald uit het contact met de patiënt waarbij er gekeken wordt naar de behoeften maar ook beperkingen. Zorg wordt zoveel mogelijk afgestemd met de patiënt, diens netwerk en het

behandelteam. Het FHIC-model is onder andere gebaseerd op vijf waarden vanuit de zorgethiek. Deze staan weergegeven in tabel 5.

Tabel 5: Vijf waarden (FHIC, z.d.)

Aandacht	Behoeften van de patiënt inventariseren zonder meteen over te gaan tot handelen. Ook aandacht voor de emotionele belasting van het team is hierin essentieel.
Verantwoordelijkheid	Middels intervisie, teambuilding, multidisciplinaire- en integrale samenwerking en morele beraadslaging wordt gezamenlijke verantwoordelijkheid gestimuleerd
Competentie	Deskundigheidbevordering en aansluiten bij de zorgbehoefte van de patiënt.
Responsiviteit	Het afstemmen van afstand en nabijheid en afstemmen van de zorgbehoefte van de patiënt. Omgevingsbewust ten aanzien van de relaties rondom de patiënt.
Solidariteit	Het geven van een stem aan alle betrokkenen, patiënt, medewerkers en solidair zorgdragen.

Om toezicht te houden op FHIC is een FHIC-monitor ontwikkeld. Onderzoek naar de FHIC-monitor toont aan dat het een hoge modelgetrouwheidschaal kent. FHIC vormt een valide en betrouwbare graadmeter (KFZ, 2020).

Bronnenlijst

FHIC. (z.d.). *Wat is FHIC*. Geraadpleegd op 16 december 2022, van <https://www.fhic.nl/wat-is-fhic>
 KFZ. (2020, februari). *FHIC Fase 2 - KFZ*. KFZ - Kwaliteit Forensische Zorg. Geraadpleegd op 16 december 2022, van <https://kfz.nl/projecten/call-2016-62>

Bijlage 8: Evaluatie van het product

8.1 Uitkomsten eerste evaluatieronde

De uitkomsten van de eerste evaluatieronde zijn weergegeven in tabel 6.

Tabel 6: Uitkomsten eerste evaluatieronde

Gesproken met	H.Jongsma/ opdrachtgever
Functie	Senior wetenschappelijk medewerker
Feedback	• Jullie ontwikkelen een mooie gespreksvorm. De inbedding van de literatuur kan sterker verwoord worden, met name het Good Lives Model wordt als optie/ bijlage in het product opgenomen. Wanneer dit een meer prominente plek in het product krijgt, komt dit krachtiger naar voren. Ook kun je overwegen om hiervan een flyer als optie toe te voegen. Daarnaast is het goed dat het product een introductie heeft, echter lopen jullie het risico de lezers hiermee te verliezen. • Jullie geven aan dat de gesprekleider van het herstelgericht casuïstiekoverleg over enige kennis met betrekking tot herstelondersteunende zorg dient te beschikken. Hoe kun je ervoor zorgen dat voldoende mensen dit hebben? • Bij de voorbereiding van een casus wordt de inbrenger gevraagd welk antwoord men hoopt te vinden. Daarin is het belangrijk dat het voorafgaand met de betrokken patiënt is besproken. Met name de levensbehoeften van het Good Lives Model, kunnen voorafgaand met de patiënt besproken worden. • Bij multidisciplinaire samenwerking kunnen ook andere disciplines deelnemen, denk daarbij ook aan het uitnodigen van een antropologe, gezien de specifieke kennis in relatie tot culturele verschillen.

8.2 Uitkomsten tweede evaluatieronde

De uitkomsten van de eerste evaluatieronde zijn weergegeven in tabel 7.

Tabel 7: Tweede evaluatieronde

Gesproken met	Focusgroep
Functie	Sociotherapeuten
Feedback	• Het product helpt om ‘out of the box’ te denken en doet een beroep op (zelf)reflectie. Een sociotherapeut merkt op dat zij soms tegenoverdrachtelijke gevoelens bij patiënten heeft. Deze werkwijze laat haar nadenken over andere perspectieven. Het behelst volgens haar tevens een intervisiecomponent, dit draagt ook bij aan het verkennen een andere manier van denken, voelen en handelen. • In het product wordt verwezen naar het Good Lives Model. Deelnemers gaven aan dit een handig hulpmiddel te vinden om zodoende de ontwikkelwensen en krachten van patiënten nader te verkennen. • Men gaf aan dat de taakverdeling veel tekst betrof. Enkelen moesten het meermaals lezen. Derhalve was de feedback om het kernachtiger weer te geven. Als tip werd gegeven om bulletpoints toe te voegen en een kleine toelichting te beschrijven. • Aangaande het format ten behoeve van het overleg werd aangegeven dat verhelderingsvragen mogelijk te snel tot discussie leiden. Derhalve werd geadviseerd om er expliciet bij te vermelden dat de vragen geïnventariseerd worden waarna de inbrenger deze beantwoordt om vervolgens over te gaan naar de volgende stap. • In het product is een bronvermelding opgenomen die gedateerd is Pinto

	(1993). Er werd geadviseerd om een recentere bronvermelding te vermelden. • Voor de inbedding van structureel overleg wordt door enkelen voorzien dat dit bemoeilijkt kan worden door de hoeveelheid aan bestaande overlegvormen, draagvlak en andere contextuele invloeden. Er wordt voorgesteld om te verkennen of het mogelijk is om het overleg te plannen tijdens bestaande overlegmomenten. Daarnaast leiden de justitiële zorgtitel en dwangbehandeling veelal tot extrinsieke motivatie bij patiënten. Echter wordt gezien dat de implementatie aanzet tot een andere manier van denken en werken. De perspectieven van de patiënten worden hiermee mogelijk meer verkend, dit kan dan leiden tot intrinsieke motivatie. • Om draagvlak te genereren werd aanbevolen om teams te enthousiasmeren middels persoonlijk contact en eigenaarschap te stimuleren om het levendig te houden.
--	--