

Ruud van der Horst

Vakmanschap Forensische Zorg

Sleutel tot deskundigheid

Vakmanschap Forensische Zorg

Sleutel tot deskundigheid



Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

ISBN: 9789493012332

1e druk, december 2021

Dit boek is een uitgave van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij
Postbus 25035
3001 HA Rotterdam

© Ruud van der Horst

Opmaak The creative hub, Canon
Illustraties cover en tussenblad, Sebe Emmelot

De copyrights van de afbeeldingen (figuren en foto's) berusten bij
Hogeschool Rotterdam en de makers tenzij anders vermeld.
Deze publicatie valt onder een Creative Commons Naamsvermelding-
NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie.



Vakmanschap Forensische Zorg

Sleutel tot deskundigheid

Openbare Les

Ruud van der Horst

Lector Vakmanschap Forensische Zorg

Rotterdam, 2 december 2021



Voorwoord

Ongeveer 25 jaar geleden ging ik in Groningen wonen, vlak bij Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr. S. van Mesdag, een tbs-kliniek. Ik fietste bijna elke dag langs het gebouw en ik keek over de kasteelachtige muren. Ik vroeg mij dan af wat voor personen daar opgesloten zaten, wat voor misdrijven ze hadden begaan en wat de reden was dat ze tot het plegen van ernstige delicten waren gekomen. Toen ik de hbo-opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH, nu: Social Work) volgde, kwam een afdelingshoofd vanuit het FPC voorlichting geven. Op dat moment wist ik dat ik daar stage wilde lopen. Van september 1998 tot en met juli 1999 liep ik daar stage op een behandelafdeling met patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Het was een heel roerige periode. Een jaar eerder was het FPC al in het nieuws geweest naar aanleiding van de ontsnapping van twee patiënten. Tijdens mijn stageperiode deed zich een aantal ernstige geweldsincidenten met patiënten voor in het FPC. De Rijksrecherche verrichtte daarnaast onderzoek naar vermeende seksuele relaties tussen medewerkers en patiënten. Vervolgens deed de Inspectie voor de Gezondheidszorg op aanraden van de Rijksrecherche onderzoek naar de kwaliteit van de zorg in het FPC. Uit dit onderzoek bleek dat het FPC niet voldeed aan de basisvoorwaarden van verantwoorde zorg. De aanbevelingen van dit onderzoek richtten zich onder andere op het verbeteren van de kwaliteit van de behandeling en het bevorderen van de deskundigheid van het personeel. Mede op basis van de bevindingen van de inspectie in FPC Dr. S. van Mesdag zijn alle tbs-klinieken in Nederland in 1999 en 2000 doorgelicht. Bij het merendeel van de FPC's werden soortgelijke tekortkomingen geconstateerd als bij FPC Dr. S. van Mesdag. Deze hadden veelal betrekking op het ontbreken van een heldere (behandel)visie.

Bij een van de bevindingen wil ik nader stilstaan, aangezien deze betrekking had op de beroepsgroep waar ik mij gedurende mijn stage toe kon rekenen, de sociotherapie. Sociotherapeuten geven op methodische wijze vorm aan het therapeutisch woon- en leefklimaat van de patiënten. Het doel is om een leefomgeving te creëren op de afdeling waar patiënten verblijven, waarin ze kunnen oefenen met gedrag en leren omgaan met hun stoornis(sen). In het onderzoek werd gewezen op het grote verschil in opleiding en beroepsmatige achtergrond van de sociotherapeuten ten opzichte van bijvoorbeeld de

behandelaars in de FPC's. Ook kwam naar voren dat de sociotherapie zich niet goed liet herkennen als een eigen discipline met voldoende kennis van en ervaring met psychopathologie, psychiatrische verpleegkunde, groepsdynamica, milieutherapie, et cetera. De conclusie was dat dit van invloed was op de mate waarin sociotherapeuten inbreng hadden in de behandeling en daarmee aan de kwaliteit van de behandeling raakten.

Terwijl ik de uitkomsten van het onderzoek nog niet kende, kwamen mijn eigen bevindingen tijdens de stage overeen met de uitkomsten van het inspectie-onderzoek. Het viel mij namelijk op dat de behandeling vrijwel losstond van wat er op de verblijfsafdelingen plaatsvond. Het sociotherapeutisch milieu werd voornamelijk gezien als voorwaardenscheppend voor de 'echte' behandeling die buiten de afdeling plaatsvond. Voor een zware behandelmaatregel als tbs vond ik de hoeveelheid therapie-uren erg beperkt. Maar waar ik mij het meeste over verbaasde was dat er weinig gebruikgemaakt werd van de 'behandelende kracht' binnen het sociotherapeutisch leefklimaat. Op de afdeling lagen naar mijn idee juist interventiemogelijkheden, aangezien bijna alle facetten van het leven van de patiënt daar invulling krijgen.

Uit het inspectierapport bleek ook dat er weinig heldere aannames bestonden over *wat in de behandeling verantwoordelijk was voor welke effecten*.

De tbs-behandeling werd min of meer als een *black box* beschouwd. Het slagen van de behandeling werd voornamelijk afgemeten aan de mate waarin patiënten terugvielen in delictgedrag na ontslag uit de kliniek. Los van het feit dat het discutabel is recidive als maat voor het behandel-effect te nemen, voelde ik in die tijd al dat het voor de sector noodzakelijk was om meer zicht te krijgen op welke elementen in het behandeltraject zelf echt werkten.

Meer specifiek zag ik interventiemogelijkheden in het sociotherapeutisch leefklimaat. Waar de sociotherapeuten dit klimaat veelal intuïtief creëren, zou een duidelijke inhoudelijke rol voor hen een positief effect kunnen hebben op de behandeling van patiënten. Ik besepte toen al dat - naast het hebben van een visie op wat echt werkt - het van cruciaal belang is dat professionals op de juiste manier vorm en inhoud geven aan de behandeling, om deze te laten slagen. Mijn interesse om door middel van deskundigheidsbevordering bij te dragen aan de kwaliteit van de forensische zorg vindt hier zijn oorsprong.

In de daaropvolgende jaren heb ik vanuit verschillende functies in het forensische werkveld een bijdrage aan deze doelstelling geleverd. Dit heb ik onder andere gedaan als onderzoeker in het FPC van Mesdag, als promovendus aan het Interuniversity Center for Social Science Theory and Methodology (ICS)/Rijksuniversiteit Groningen, als onderzoeker bij het Wetenschappelijk

Onderzoek- en Documentatiecentrum/ministerie van Justitie en Veiligheid en als wetenschappelijk adviseur bij het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Vanuit het EFP, waar ik nog steeds werkzaam ben, heb ik de Forensische Leerlijn geïnitieerd. Deze bestaat uit e-learningmodules die breed in het veld ingezet worden om te werken aan deskundigheidsbevordering van professionals. Parallel aan deze ontwikkeling ben ik een aantal jaren geleden begonnen met het verkennen van de mogelijkheden om met een lectoraat de verbinding tussen het werkveld en het initiële onderwijs te versterken. En dat lectoraat is er nu gekomen. Het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg zal de verbinding leggen tussen onderwijs, onderzoek en praktijk. En dat zal een impuls geven aan het bevorderen van vakmanschap van (toekomstige) professionals. Hoe het lectoraat dit gaat aanpakken, licht ik in de voorliggende tekst toe. Ik wens u veel leesplezier!

Ruud van der Horst

Inhoudsopgave

9

Voorwoord	5
Lijst met afkortingen	11
Inleiding	13
Hoofdstuk 1. Ontwikkeling van de forensische zorg	17
1.1 Introductie van forensische zorg	18
1.2 Ontstaan van de forensische zorg	19
1.2.1 Basis van de forensische zorg	19
1.2.2 Invoering van de terbeschikkingstelling van de regering	19
1.3 Van tbr naar tbs	20
1.4 Eerste aandacht voor evidence based werken	21
1.5 Kwaliteit van de forensische zorg ter discussie	23
1.5.1 Tbs in zwaar weer	23
1.5.2 Parlementair onderzoek naar tbs	24
1.6 Doorontwikkeling van evidence based werken	25
1.6.1 Zorgprogramma's	26
1.6.2 Kwaliteitsnetwerken	26
1.6.3 Programma Kwaliteit Forensische Zorg	26
1.7 Roep om forensisch vakmanschap	27
Hoofdstuk 2. Vakmanschap	31
2.1 Vakmanschap in het algemeen	32
2.1.1 Vakmanschap is meer dan competenties	32
2.1.2 Oordelen als vakman of -vrouw	32
2.1.3 Reflectie op het eigen handelen	33
2.1.4 Elementen van vakmanschap in relatie tot elkaar	33
2.1.5 Eigenaarschap	34
2.1.6 Samenwerking en beroepsidentiteit	35
2.2 Betekenis van vakmanschap in de forensische zorg	35
2.2.1 Forensisch vakmanschap	36
2.2.2 Kennis, vaardigheden en attitude	36
2.2.3 Morele afweging	40
2.2.4 Beroepsidentiteit van de sociotherapeut en samenwerking binnen de forensische zorg	41
2.3 Resumé	43

Hoofdstuk 3. Toekomst van het vakmanschap in de forensische zorg	45
3.1 Forensische Leerlijn	46
3.2 Programma forensisch vakmanschap	48
3.3 Lectoraat gericht op forensisch vakmanschap	50
3.3.1 Kennisontwikkeling	50
3.3.2 Vertalen van (wetenschappelijke) inzichten naar de werkpraktijk	51
3.3.3 Curriculumontwikkeling	52
3.4 Kwaliteitskader forensische zorg	52
 Hoofdstuk 4. Lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg	 55
4.1 Focusgebieden van het onderzoek	57
4.2 Onderzoek naar responsiviteit bij bejegening en behandeling	58
4.3 Onderzoek naar copingmechanismen van professionals	59
4.4 Vertaling van (wetenschappelijke) bevindingen naar praktisch handelen op de werkvloer	60
4.5 Lectoraat vakmanschap forensische zorg en het onderwijs	61
4.6 Plannen van het lectoraat voor het onderwijs geconcretiseerd	63
4.6.1 Bekendheid en een reëel beeld creëren van de forensische zorgsector	64
4.6.2 Forensische zorg binnen het uitstroomprofiel 'Zorg' van Social Work	64
4.6.3 Uitbreiden van aan forensische zorg gerelateerde leerwerkgemeenschappen	65
4.6.4 Versterken van aan forensische zorg gerelateerde minoren	65
4.6.5 Opzetten van een masteropleiding Forensische Zorg	66
4.6.6 Mogelijkheden verkennen voor een Associate Degree Forensische Zorg	67
4.6.7 Afsluitend	67
4.7 Relatie van lectoraat tot andere lectoraten binnen de hogeschool	68
 Hoofdstuk 5. Resumé	 71
5.1 Vakmanschap	72
5.2 Onderzoek binnen het lectoraat	73
5.3 Onderwijs binnen het lectoraat	73
5.4 Mijn droom...	74
 Referenties	 76
Over de auteur	79
Dankwoord	80
Eerdere uitgaven	83

Lijst met afkortingen

11

AD	Associate Degree
APS	Antisociale persoonlijkheidsstoornis
BPS	Borderline persoonlijkheidsstoornis
BW/MO	Begeleid wonen en maatschappelijke opvang
CMV	Opleiding Culturele en Maatschappelijke Vorming
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
ForZO/JJI	Divisie Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen, onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI)
FPC	Forensisch psychiatrisch centrum
FPA	Forensisch psychiatrische afdeling
FPK	Forensisch psychiatrische kliniek
FVK	Forensische verslavingskliniek
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
hbo	Hoger beroepsonderwijs
HCR	Historical, Clinical Risk Management
HKT	Historische klinische toekomst
ICS	Interuniversity Center for Social Science Theory and Methodology
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
ISO	Instituut Sociale Opleidingen
IvG	Instituut voor Gezondheidszorg
KCTO	Kenniscentrum Talentontwikkeling
KCZI	Kenniscentrum Zorginnovatie
KFZ	Kwaliteit Forensische Zorg
LVB	Licht verstandelijke beperking
LWG	Leerwerkgemeenschap
MA	Masteropleiding
mbo	Middelbaar beroepsonderwijs
MDO	Multidisciplinair overleg
MWD	Maatschappelijk werk en Dienstverlening
NLQF	Nederlands Qualification Framework
NPS	Narcistische persoonlijkheidsstoornis
OFZ	Overige forensische zorg
PI	Penitentiaire inrichting

PPC	Penitentiair psychiatrisch centrum
RNR	Risk, need, responsivity
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
RuG	Rijksuniversiteit Groningen
SGLVG	Sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt
SPH	Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Tbr	Terbeschikkingstelling van de regering
Tbs	Terbeschikkingstelling
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VOV	Verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel
WIGK	Werken in het gedwongen kader
wo	Wetenschappelijk onderwijs
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Inleiding

13

Voor u ligt de tekst behorende bij mijn lectorale rede.

Het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg richt zich op de professionalisering en deskundigheidsbevordering van (toekomstige) professionals in het forensische zorgveld.

Forensische zorg is een onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel en wordt opgelegd aan personen met een psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking, die een ernstig strafbaar feit hebben gepleegd. Deze personen kunnen vanwege mentale problematiek niet of slechts gedeeltelijk verantwoordelijk worden gehouden voor hun strafbare gedrag. De primaire doelstelling van forensische zorg is het voorkomen dat deze patiënten opnieuw ernstig delictgedrag vertonen, om de veiligheid in de samenleving te borgen. De patiënten krijgen begeleiding en behandeling, zodat zij op termijn weer kunnen functioneren in de maatschappij. Afhankelijk van het benodigde zorg- en beveiligingsniveau vindt deze zorg intramuraal of ambulant plaats. De intramurale zorg wordt gegeven binnen een forensisch psychiatrisch centrum (FPC), forensisch psychiatrische kliniek (FPK), forensisch psychiatrische afdeling (FPA), forensische verslavingskliniek (FVK) of een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC). Ambulante zorg vindt plaats buiten de instelling en/of slechts voor een behandelonderdeel binnen de instelling. Een derde vorm is de forensische zorg in een instelling voor begeleid wonen/maatschappelijke opvang (BW/MO); deze vorm neemt de afgelopen jaren een vlucht.

Binnen de genoemde settings geeft een brede en diverse groep van professionals invulling aan de forensische zorg. Dit zijn ten eerste academisch opgeleide behandelaren, zoals psychiaters en psychologen, maar voor het overgrote deel worden de werkzaamheden verricht door agogisch georiënteerde hbo-professionals zoals sociotherapeuten, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, groepsleiders en vaktherapeuten. Het werken in de forensische zorg vraagt veel van deze professionals. Zij moeten onder andere om kunnen gaan met patiënten die ernstige delicten hebben gepleegd en aan een grote variëteit aan complexe psychopathologie lijden. Zij moeten risicogedrag kunnen inschatten. En om kunnen gaan met agressie. Wat betreft de inhoudelijke behandeling moet een professional bijvoorbeeld bijdragen aan het vergroten van het zelfinzicht van een patiënt, het vergroten van de (sociale) vaardigheden en het stimuleren van de zelfredzaamheid.

Professionals in de forensische zorg staan niet alleen voor een zeer complexe taak, maar dragen ook een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid. Op het moment dat zij de begeleiding en behandeling van patiënten in de forensische zorg niet goed inzetten of een situatie verkeerd inschatten, kunnen de consequenties groot zijn. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de patiënt opnieuw ernstige strafbare feiten pleegt.

De complexe aard van de werkzaamheden met de bijkomende verantwoordelijkheid vraagt om professionals die in staat zijn om te werken op de toppen van hun kunnen en deze uitdaging graag aangaan. Dit geldt des te meer omdat er steeds meer kritiek is op (het werk in) de sector, mede onder invloed van media-aandacht voor incidenten. Het werken in de forensische zorg zal dus vaak een heel bewuste keuze zijn, vanuit de drijfveer om bij te kunnen dragen aan het herstel van de patiënt en beveiliging van de samenleving.

Vanwege de grote maatschappelijke belangen en de verantwoordelijkheden die bij het werk komen kijken, moeten de professionals in de forensische zorg goed zijn toegerust voor hun taak. Dit vraagt om de juiste competenties! De afgelopen twintig jaar heeft de forensische zorg een flinke professionaliseringsslag gemaakt. Zo heeft onderzoek gezorgd voor een wetenschappelijk onderbouwde manier om toekomstig delictgedrag (recidivegedrag) in te schatten en zijn behandelinterventies inhoudelijk sterk verbeterd. Meer recent (en in toenemende mate) is er aandacht voor het bekwaam maken van (toekomstige) professionals voor hun taken. Het belang hiervan is explicieter geworden in het licht van de uitdagingen waar de forensische zorgsector voor staat.

Er is steeds meer vraag naar forensische zorg en tegelijkertijd zijn de vacatures in de huidige arbeidsmarkt lastig te vervullen. Mede door de ambulantisering vindt er daarnaast in de sector een verschuiving plaats van intensieve klinisch georiënteerde forensische zorg naar vormen van forensische zorg met een lager zorg- en beveiligingsniveau. Er is met name een verplaatsing te zien richting de BW/MO-sector. Het gevolg is dat in de klinische setting een patiëntenpopulatie overblijft met zeer complexe problematiek. Maar ook in settingen met een minder hoog beveiligings- en zorgniveau stromen patiënten met relatief ernstige problematiek in. Dit zorgt ervoor dat in de hele breedte van de forensische zorg de complexiteit van psychopathologie toeneemt. Deze ontwikkeling maakt het toch al complexe werk van de forensische zorgprofessional moeilijker en maakt tegelijkertijd de noodzaak van specialistische scholing duidelijk. De sector staat dus voor de uitdaging om 1) nieuw personeel aan te trekken en 2) ervoor te zorgen dat zowel het nieuwe als het bestaande personeel geëquipeerd is om deze complexe werkzaamheden goed te kunnen uitvoeren. Concreet betekent dit dat professionals de competenties moeten ontwikkelen om adequaat een (moreel) oordeel te kunnen vormen en op basis daarvan te kunnen handelen. Hier is nog een wereld te winnen!

Vanuit het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg zal worden gewerkt aan de verbinding tussen de beroepspraktijk, het onderwijs en het onderzoek op het terrein van de forensische zorg. Hogeschool Rotterdam staat in een regio met veel middelengebruik (zoals alcohol en drugs), psychiatrische stoornissen en criminaliteit. Er zijn in de regio dan ook veel instellingen die inspelen op deze problematiek, waaronder veel instellingen voor forensische zorg. Hierdoor is het makkelijk om vanuit het lectoraat de verbinding met het werkveld te leggen. Ook biedt de regio hierdoor uitgebreide beroepsperspectieven voor studenten die in deze sector willen gaan werken. Naast deze regionale taak heeft het lectoraat inhoudelijk een landelijke focus op de deskundigheidsbevordering van professionals in de forensische zorg.

Het lectoraat is verbonden aan zowel Kenniscentrum Zorginnovatie (KCZI) als Kenniscentrum Talentontwikkeling (KCTO) van Hogeschool Rotterdam. KCZI richt zich primair op de kwaliteit van de zorgverlening en KCTO primair op de competentieontwikkeling bij professionals. In de focus van het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg komen deze twee inhoudelijke lijnen bij elkaar. Het lectoraat is daarnaast verbonden aan de opleidingen Social Work en Verpleegkunde. Deze twee grote opleidingen kunnen worden gezien als de hofleveranciers van het op hbo-niveau opgeleide verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel (VOV) in de forensische zorg.

In dit boekje ga ik nader in op het vakmanschap van de (toekomstige) forensische zorgprofessional en de elementen waar het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg op inzet. In *hoofdstuk 1* wordt de forensische zorg geïntroduceerd en staan de ontwikkelingen in de forensische zorg vanaf de ontstaansgeschiedenis beknopt beschreven. Dit betreft voornamelijk de ontwikkelingen in relatie tot het vakmanschap van professionals. *Hoofdstuk 2* vervolgt met een nadere duiding van het begrip *vakmanschap*. De term roept wellicht intuïtief een beeld op, maar het is belangrijk om helder te hebben wat onder dit begrip wordt verstaan om het ontwikkelen van vakmanschap gericht op de rails te zetten. In het vervolg van het hoofdstuk wordt vakmanschap specifiek gezien in relatie tot het werken in de forensische zorg. *Hoofdstuk 3* richt zich op de recente en toekomstige ontwikkelingen in het vakmanschap in de forensische zorg. In *hoofdstuk 4* staat het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg centraal. Daar komt aan de orde waar het onderzoek en onderwijs zich op gaan richten. In *hoofdstuk 5* reflecteer ik op de voorgaande hoofdstukken en geef ik nog eens een opsomming van de plannen van het lectoraat. En ik sluit af met hoe ik in mijn droom de toekomst van de forensische zorg zie.



1

Ontwikkeling van de forensische zorg

In dit hoofdstuk wordt de forensische zorg geïntroduceerd. Ook besteed ik aandacht aan de ontstaansgeschiedenis en meer specifiek aan de ontwikkelingen in professionalisering en deskundigheidsbevordering bij professionals. Het idee hierbij is dat pas goed richting kan worden gegeven aan ontwikkelingen als er zicht is op de ontwikkellijn en de stand van zaken. Het lectoraat sluit zo goed mogelijk aan bij de recente ontwikkelingen en behoeften.

1.1 Introductie van forensische zorg

Forensische zorg wordt door de rechter als onderdeel van een (voorwaardelijke) straf of maatregel opgelegd aan personen met een psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking, die een ernstig strafbaar feit hebben gepleegd. Deze personen kunnen vanwege hun mentale problematiek niet of slechts gedeeltelijk verantwoordelijk worden gehouden voor hun daden. Forensische zorg heeft als primair doel om te voorkomen dat de patiënten weer delictgedrag vertonen na hun behandeling. Dit moet de veiligheid in de samenleving borgen.

Professionals in de forensische zorg moeten invulling geven aan de zorg en behandeling van de patiënten die zeer ernstige delicten hebben gepleegd. Deze patiënten kampen met een grote variëteit aan complexe psychopathologie. Denk bij delicten aan (poging tot) moord en doodslag, zedendelicten of delicten in de categorie bedreiging, afpersing en vrijheidsbeneming. De patiënten hebben veelal een persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis, seksuele stoornis of stoornis in het gebruik van een middel (zoals alcohol en/of drugs). De kans dat deze patiënten zonder zorg en behandeling weer terugvallen in delictgedrag (recidive), is zeer reëel, met vaak grote maatschappelijke gevolgen. De begeleiding en behandeling die een onderdeel vormen van de forensische zorg, moeten voorkomen dat een patiënt daadwerkelijk recidiveert. De invulling van de begeleiding en behandeling hangt daar nauw mee samen.

Forensische zorg is een dwangmaatregel; dit maakt de kans op verzet op basis van *reactance* bij patiënten aanzienlijk. Door de psychiatrische problematiek is er bij patiënten al relatief vaak sprake van wantrouwen, wat het moeilijker maakt voor de professional om te komen tot een werkalliantie met de patiënt.

1.2 Ontstaan van de forensische zorg

De forensische zorg kent een relatief korte maar dynamische geschiedenis. In de sector zijn vele stelselwijzigingen doorgevoerd, in de vorm van wijzigingen in wetten en regels en in organisatorisch en financieel beleid. In dit hoofdstuk komen met name de ontwikkelingen aan de orde die relevant zijn geweest voor de ontwikkeling van het vakmanschap in de sector.

1.2.1 Basis van de forensische zorg

In 1884 is met het aannemen van de (tweede) Krankzinnigenwet de basis voor de forensische zorg gelegd. Deze Krankzinnigenwet kende een onderscheid tussen psychisch verwarde daders en daders die volledig toerekeningsvatbaar werden verondersteld. Twee jaar later werd het Wetboek van Strafrecht in Nederland ingevoerd, waarin staat welke straffen en maatregelen de rechter kan opleggen aan daders. Hierin stond ook dat een persoon niet verantwoordelijk kon worden gehouden voor het plegen van een delict, als hij of zij aan een 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis' leed. Een psychiater bepaalde of een persoon ontoerekeningsvatbaar was (en dus onschuldig) of toerekeningsvatbaar (en dus schuldig). Als het delict aan de persoon kon worden aangerekend, stond hier een gevangenisstraf op. Ontoerekeningsvatbaar verklaarde daders konden vanaf 1886 gedwongen worden opgenomen in een psychiatrische inrichting.

1.2.2 Invoering van de terbeschikkingstelling van de regering

Al snel bleek echter dat het lang niet altijd mogelijk was om verdachten onder te brengen in de categorie toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar. Er was geen tussenweg; voor personen bij wie sprake was van *verminderde* toerekeningsvatbaarheid, ontbrak tot die tijd een goede strafrechttoepassing. Met het aannemen van de zogeheten 'Psychopathenwetten' in 1925 kwam hier verandering in. Deze wetten gaven de rechter de mogelijkheid om een gecombineerd vonnis uit te spreken. Daarbij kon de rechter een verdachte voor het deel dat hem kon worden toegerekend gevangenisstraf opleggen en voor het deel dat hem niet kon worden toegerekend een maatregel die heette 'ter beschikking van de Regering stellen teneinde van Harentwege te worden verpleegd'. De rechter kon deze terbeschikkingstelling van de regering (tbr) bij een grote diversiteit aan gepleegde delicten voor twee jaar opleggen. Indien nodig (wanneer de kans op terugval in delictgedrag nog te groot werd geacht) kon de rechter de tbr-maatregel steeds verlengen, tot in principe levenslang. Tbr werd een populair strafrechtsmiddel vanwege de mogelijkheden om iets te doen aan de problematiek van deze daders. In de praktijk was er echter te weinig tijd en aandacht voor de tbr-patiënten en ontbrak de mogelijkheid tot verpleging. En er kon dus al helemaal niet gesproken worden van een doordachte psychiatrische behandeling. Toen duidelijk werd dat

de belofte van de tbr niet kon worden waargemaakt, liep na tijden van capaciteits-tekorten (waarvoor in 1933 zelfs een Stopwet was ingevoerd en de opnamecriteria waren verzaamd) het aantal tbr-opleggingen sterk terug.

1.3 Van tbr naar tbs

Veel mensen hadden in de Tweede Wereldoorlog ervaren wat het betekende om opgesloten te zitten en te worden onderdrukt. Hierdoor ontstond na de oorlog een aversie tegen het opsluiten in gevangenissen als straf en werd er gepleit voor een menselijker aanpak. Men veronderstelde dat dit ook de behandeling van psychiatrische patiënten ten goede zou komen. Hoe deze behandeling er inhoudelijk uit moest zien was nog niet duidelijk. Wetenschappers verrichtten in deze tijd wel veel inspanningen om zicht te krijgen op de oorzaken van geestesziekten en de daarbij horende genezingsmethoden. Deze methoden waren soms erg onorthodox, zoals lobotomie¹ bij moeilijk handelbare personen en castratie bij zedendelinquenten. De resultaten waren niet hoopgevend en de zoektocht ging door. In de jaren vijftig van de vorige eeuw zochten ze de oorzaak van psychiatrische problematiek en delictgedrag meer in situationele factoren, zoals het opgroeien in erbarmelijke omstandigheden, het slachtoffer zijn van verwaarlozing of het opgroeien in een kindertehuis waar weinig aandacht voor de kinderen was. Het belang van warmte en aandacht werd beter onderkend. Werken aan de problematiek van de patiënt via psychiatrische behandelingen, zoals psychoanalyse en groepstherapieën, werd als de nieuwe remedie gezien.

In deze periode ontstond ook de aandacht voor het methodisch vormgeven van het leefklimaat op de afdeling, waarbij de behoeften van een patiënt centraal staan. Deze nieuwe positieve focus (in combinatie met het intrekken van de Stopwet na de oorlog) zorgde ervoor dat rechters nog vaker tbr oplegden dan direct na de invoering ervan. Het aantal tbr-klinieken breidde daarom in de jaren vijftig en zestig uit, met onder andere de Dr. Henri van der Hoevenkliniek, Dr. S. van Mesdagkliniek en Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek. Waar instellingen eerst op basis van religieuze achtergrond van elkaar verschilden, verschoof dit naar differentiatie op basis van therapeutische oriëntatie. Zowel de huisvesting als de behandeling was nog zeer primitief. In 1952 werd het Meijers-Instituut opgericht. Dit was een selectie-instituut waar werd bepaald welke instelling het beste paste bij de betreffende patiënt.

¹ Lobotomie is een neurochirurgische ingreep waarbij via boorgaten in de schedel de witte substantie in het centrum van de frontale hersenkwab wordt doorgesneden.

In de jaren zeventig van de vorige eeuw werd de tbr-maatregel minder populair. In het kader van de vermaatschappelijking van de zorg en de antipsychiatrie (vijandigheid tegenover de meest fundamentele veronderstellingen en gebruikelijke praktijken) klonk namelijk de roep om patiënten in de samenleving op te nemen in plaats van hen op te sluiten. Opsluiting in een instelling zou het herstel van patiënten in de weg staan en hospitalisatie in de hand werken. In de instellingen zelf veranderde er daardoor ook veel. Zo hoefden patiënten geen gevangenen te meer te dragen, kregen zij meer zeggenschap over de inrichting van bijvoorbeeld hun verblijven en werd er minder hard gesanctioneerd. Verder werden er personeelsleden aangenomen die een opleiding hadden gevolgd aan de Sociale Academie. Het leven in de instellingen moest meer gaan lijken op het gewone leven in de samenleving. Voor een groeiend aantal patiënten met psychotische problematiek en andere zwaardere problematiek die waren ondergebracht in de samenleving in plaats van in een inrichting, bleek het echter lastig om zich te handhaven. Daardoor kwam het vaak alsnog tot een intramurale plaatsing. Mede door de kritiek op de tbr-maatregel werden in 1988 de 'Psychopathenwetten' afgeschaft. Er kwam een tijdelijke regeling van de rechtspositie van tbs-gestelden. En daarmee veranderde de naam van 'terbeschikkingstelling van de regering' in 'terbeschikkingstelling' (tbs). Deze herziening zorgde ervoor dat de rechter de maatregel alleen nog kon opleggen bij delicten waarop een minimale straf van vier jaar stond. Daarnaast veranderde het criterium voor gevaar van 'het belang der openbare orde' in 'de veiligheid van anderen of algemene veiligheid van personen of goederen'.

1.4 Eerste aandacht voor evidence based werken

Rond de eeuwwisseling nam de tolerantie in de samenleving voor risico's af. Waar incidenten met patiënten eerder nog als een 'bedrijfsongeval' werden aangemerkt, werden deze nu meer als het gevolg van falend behandelbeleid beschouwd. Professionals werden meer dan voorheen aangesproken op en verantwoordelijk gehouden voor incidenten. Door toenemende media-aandacht voor incidenten is er in de samenleving meer informatie over deze risico's, maar ontstaat tegelijk een eenzijdig beeld van het functioneren van de tbs-maatregel.

In lijn met de maatschappelijke trend om risico's te mijden, ontstond een grotere behoefte aan het voorkomen van incidenten. Bijna alle klinieken zetten daarvoor een onderzoeksafdeling op. En het Meijers Instituut verrichtte tot 2001 (het moment dat dit instituut verdween) onderzoek op landelijk niveau. Door deze ontwikkeling kwam er meer aandacht voor onder andere diagnostiek, behandel-effect en risicotaxatie. In dat kader ga ik nader in op 1) het DSM, 2) het RNR-model en 3) risicotaxatie.

Ad 1 Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders

De American Psychiatric Association (APA) heeft het handboek *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) opgesteld. Dit handboek wordt in Nederland gebruikt voor de classificatie van psychiatrische stoornissen.

De eerste versie verscheen in 1952. Waar de APA voor de stoornissen in de eerste twee versies van het DSM voornamelijk uitging van oorzaken, formuleerde zij in de derde versie (DSM-III) observeerbare en in principe empirisch toetsbare criteria (American Psychiatric Association (1980)). Op basis van die criteria kon een behandelaar objectiever vaststellen of er sprake was van een stoornis.

Op het moment dat een persoon aan een bepaald aantal geformuleerde criteria voldeed, stelde de behandelaar de betreffende stoornis vast. Dit vergrootte de betrouwbaarheid en de eenduidigheid van de vaststelling van psychiatrische problematiek. Het DSM bood daarmee een gemeenschappelijke taal voor praktijk en onderzoek.

Ad 2 Risk-need-responsivity model

Rond de eeuwwisseling deed het risk-need-responsivity model (RNR-model) zijn intrede (Andrews & Bonta, 1998). Dit model geldt tegenwoordig als leidend in de sector voor het vormgeven van een effectieve behandeling. Volgens dit model moet de behandelintensiteit worden afgestemd op de mate van delictgevaar van patiënten (risk principle of risicoprincipe), moet de behandeling zich richten op de factoren die samenhangen met het delictgedrag (needs principle of criminogene behoefteprincipe) en moet de behandeling goed worden afgestemd op patiëntkenmerken (responsivity principle of responsiviteitsprincipe). De mate waarin de behandelaar deze principes aanhoudt, bepaalt in belangrijke mate het effect van de behandeling. Het betrof in 1998 echter nog heel nieuwe inzichten, die voor instellingen nog lastig in de praktijk waren toe te passen. In de decennia daarna is er veel onderzoek gedaan naar het risicoprincipe en het criminogene behoefteprincipe. Deze hangen direct samen met het inschatten en omgaan met het delictgevaar van patiënten in het algemeen, dus op het niveau van een bepaalde groep patiënten. Naar responsiviteit is minder onderzoek gedaan en daarover is dus nog minder bekend. Bij responsiviteit moeten risico en zorgbehoefte in het licht van de (overige) kenmerken van de betreffende patiënt worden gezien. En dus gaat het bij responsiviteit om inzichten op subgroep- en individueel niveau.

Ad 3 Risicotaxatie

Risicotaxatie is het inschatten van recidivegevaar bij een patiënt. Rond de eeuwwisseling kwamen de eerste risicotaxatie-instrumenten voor de Nederlandse forensische patiënten beschikbaar. Dat waren de Nederlandse vertaling (Philipse e.a., 2000) van de Historical Clinical Risk Management oftewel HCR, en de specifiek voor de Nederlandse populatie ontwikkelde HKT-30 (HKT staat voor historische klinische

toekomst) van de Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). Deze instrumenten maakten het mogelijk om wetenschappelijk onderbouwd het (toekomstige) recidiverisico van tbs-gestelden in te schatten. Deze instrumenten hanteren een score op historische (onveranderlijk veronderstelde), klinische (veranderbaar veronderstelde) en toekomstige indicatoren voor het inschatten van het recidiverisico. Waar de scores in deze instrumenten eerst leidend waren in het oordeel, is het inmiddels mogelijk om hier als professional beargumenteerd van af te wijken. Risicotaxatie heeft in de jaren na het op de markt komen van de instrumenten snel een belangrijke plek ingenomen. De instrumenten zijn doorontwikkeld en vanaf 2005 is gebruik in de forensische zorg zelfs verplicht.

Met de genoemde drie initiatieven is de basis voor meer *evidence based* werken gelegd. Dat de sector er hiermee nog niet was, blijkt uit de problemen die zich aandienen. Hier wordt in paragraaf 1.5 nader op ingegaan.

1.5 Kwaliteit van de forensische zorg ter discussie

Ondanks dat er aandacht komt voor werken op basis van wetenschappelijke bevindingen, blijkt dat dit nog niet is terug te zien in de wijze waarop de forensische zorg functioneert. In deze paragraaf wordt hier op gereflecteerd. Het is de opmaat naar een tijd waarin er nog meer aandacht komt voor het *evidence based* werken.

1.5.1 Tbs in zwaar weer

Uit onderzoek dat de toenmalige Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in 1999 binnen FPC Dr. S. van Mesdag heeft verricht (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1999), bleek dat de zorg in de instelling op een aantal essentiële punten niet voldeed aan de basisvoorwaarden voor het verlenen van verantwoorde forensische zorg. Dit was vanuit de politiek aanleiding om een groot aantal tbs-klinieken in Nederland door te laten lichten. Enkele uitzonderingen daargelaten, bleken de bevindingen uit het onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag te gelden voor het gehele tbs-veld (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003).

De IGZ constateerde dat klinieken aanzienlijk verschilden in de mate waarin zij een consistente visie op zorg hadden en deze hadden vertaald in behandelprogramma's en individuele behandelplannen. Verschillende disciplines, zoals behandelaren, sociotherapeuten en vaktherapeuten, gaven te vaak naar eigen inzicht en te weinig vanuit een gezamenlijke en gedeelde visie vorm aan de behandeling. Ook hadden nog lang niet alle klinieken multidisciplinaire teams gevormd en de afstemming binnen die teams georganiseerd. De IGZ stelde dat hierdoor de relatie tussen de werkwijze en het effect van behandeling niet goed kon worden gelegd.

Ten aanzien van de toerusting van professionals op hun taak constateerde de IGZ dat de grootste kerndiscipline binnen de tbs-kliniek, de sociotherapie, geen heldere positie had. Verder stelde zij dat het bij de sociotherapeuten veelal ontbrak aan voldoende essentiële kennis van en ervaring in onder andere psychopathologie, groepsdynamica en milieutherapie. De inspectie gaf verder aan dat vanwege het belang van de sociotherapie voor de behandeling en het reduceren van gevaar, scholing van deze beroepsgroep een gestructureerde aanpak moest krijgen. Ook in een breder kader wees de IGZ op het gebrek aan benodigde opleidingskwalificaties bij professionals, waardoor zij onvoldoende invulling konden geven aan behandelprogramma's.

Uit het vervolgonderzoek van de IGZ in 2003 bleek dat tbs-klinieken aanwijsbare verbeteringen hadden doorgevoerd, maar dat er nog veel ruimte voor verdere verbetering was en dit ook noodzakelijk werd geacht.

1.5.2 Parlementair onderzoek naar tbs

Dat de sector er nog niet was, bleek uit een aantal ernstige incidenten die in die tijd plaatsvonden. Ondanks dat het aantal incidenten met (ex-)tbs-gestelden over de jaren 2001 en 2005 praktisch gelijk bleef, groeide de media-aandacht hiervoor in deze periode sterk (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2006). Dit beïnvloedde ook de beeldvorming in de samenleving van (de effectiviteit van) de tbs-maatregel. Daarnaast heeft deze aandacht voor incidenten ertoe bijgedragen dat behandelverantwoordelijken terughoudender werden bij het aanvragen van verlof voor de tbs-gestelden en bij het adviseren van een (voorwaardelijke) beëindiging van de maatregel (Kröger & Van Beek, 2006).

Ook had de focus op risico's consequenties op ministerieel niveau. Een aantal ernstige incidenten vormde de aanleiding voor spoeddebatten in de Tweede Kamer, waarin toenmalig minister van Justitie Donner om uitleg werd gevraagd. In 2005 volgde een Kamerdebat naar aanleiding van het incident waarbij Willem S. tijdens zijn verlof had weten te ontsnappen aan zijn begeleiders en een bejaarde man vermoordde. Dit debat leidde tot het instellen van een parlementair onderzoek naar de tbs-maatregel. Dit onderzoek moest tegemoetkomen aan de behoefte aan duidelijkheid rondom het bestaansrecht van de tbs.

De vraag die in het parlementaire onderzoek centraal stond was waarom de tbs-maatregel in zijn toenmalige vorm de samenleving niet voldoende beschermde tegen psychisch gestoorde daders. De tijdelijke onderzoekscommissie tbs, beter bekend als de commissie Visser, concludeerde in haar rapport aan de Tweede Kamer dat de uitgangspunten en doelstellingen van het tbs-stelsel niet achterhaald waren, maar dat aanpassingen nodig waren om de maatschappij beter te beschermen (Kamerstukken II 2005/06, 30250, nr. 5,

2006). Deze aanpassingen betroffen allereerst een aantal organisatorische wijzigingen, onder andere om de uitstroom van patiënten uit de tbs te verbeteren. Daarnaast stuurde de commissie wat betreft de behandelinhoud aan op een continu proces van professionalisering van de sector waarin onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen en de dieperliggende factoren van recidiverisico centraal moest staan. In dit parlementaire onderzoek werd het belang van specifiek opleiden voor de sector nogmaals benadrukt en werd gesteld dat er specifieke opleidingen moesten komen die aansluiten op de vraag en praktijk van de forensische psychiatrie (Tijdelijke commissie onderzoek tbs, 2006).

1.6 Doorontwikkeling van evidence based werken

In de periode na het parlementaire onderzoek kwam er meer aandacht voor de wetenschappelijke benadering van de behandeling. Zo werd in 2002 het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) opgericht, die als taak had om de wetenschappelijke onderbouwing van de zorg in de forensische psychiatrie te ondersteunen, de samenwerking tussen de forensische instellingen onderling te bevorderen en kennisuitwisseling met GGZ-instellingen, universiteiten en onderzoeksinstituten op gang te brengen.

In de fase na de oprichting in 2002 heeft het EFP zich voornamelijk gericht op het uitvoeren en coördineren van onderzoek in meerdere instellingen (multicenter-onderzoek) naar onder andere risicotaxatie, incidenten en behandelinterventies. Het bleek echter lastig om de samenwerking met het veld goed tot stand te brengen. Later is besloten om de kerntaak van het EFP te verleggen naar het faciliteren van het veld met projecten die bijdragen aan de kwaliteit van de forensische zorg. Hiervoor brengt het EFP experts en expertise uit het veld bijeen en worden samenwerking en kennisdeling gestimuleerd (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, z.d.). Voorbeelden van projecten die op deze manier tot stand zijn gekomen, zijn het project zorgprogramma's, het project kwaliteitsnetwerken en het programma Kwaliteit Forensische Zorg. Deze projecten leveren tot op de dag van vandaag een belangrijke bijdrage aan de *state of the art* van de forensische zorg.

1.6.1 Zorgprogramma's

Een zorgprogramma is een optimaal en samenhangend zorgaanbod voor forensisch psychiatrische patiënten, dat dient als (be)handelingskader voor organisaties, professionals en patiënten.² In nauwe samenwerking met professionals uit de forensische zorg heeft het EFP (naast het basiszorgprogramma) zorgprogramma's ontwikkeld voor patiënten met verslavingsproblematiek, seksueel grensoverschrijdend gedrag, persoonlijkheidsstoornissen of psychotische stoornissen en patiënten die langdurig in de forensische zorg verblijven. In deze zorgprogramma's staan een zorgvuldige beschrijving van de problematiek van de doelgroep en richtlijnen voor diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie van forensisch psychiatrische patiënten. In 2008 zijn de eerste zorgprogramma's opgeleverd en deze worden steeds geactualiseerd.

1.6.2 Kwaliteitsnetwerken

Een kwaliteitsnetwerk is een methodiek waarbij vergelijkbare instellingen (in gezamenlijkheid) kwaliteitsstandaarden formuleren en via collegiale consultatie *best practices* uitwisselen. Het doel hiervan is kwaliteitsverbetering in de eigen organisatie.³ Het kwaliteitsnetwerk is een van origine Britse methodiek van *quality networks*. Deze is omgezet naar een methodiek die past in het Nederlandse forensische zorgveld. Het eerste kwaliteitsnetwerk liep bij vijf FPA's. Inmiddels wordt de methodiek ook binnen de instellingen voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) - verenigd in de Borg - (sinds 2015), instellingen voor forensische verslavingszorg (sinds 2016) en FPC's en FPK's (sinds 2018) toegepast. In het najaar van 2021 is er gestart met een kwaliteitsnetwerk in de BW/MO-sector. Met deze kwaliteitsnetwerken werken instellingen heel *practice based* aan kwaliteitsverbetering in de forensische zorg.

1.6.3 Programma Kwaliteit Forensische Zorg

In 2012 is in opdracht van GGZ Nederland het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) gestart. Doel van dit programma is om de kwaliteit van de forensische zorg te verbeteren. Subsidiegevers initiëren hiertoe onderzoeken en productontwikkeling (zogeheten *calls*), en forensische zorginstellingen (eventueel in samenwerking met kennis- en onderwijsinstellingen) voeren deze zelf uit.⁴

Tot dusver zijn er meer dan 150 *calls* uitgezet, en meer dan 120 producten opgeleverd. Deze producten zijn vrij beschikbaar voor professionals die in de forensische zorg met patiënten werken. Het betreft producten voor een brede

2 <https://efp.nl/projecten/zorgprogrammas>

3 <http://efp.nl/projecten/kwaliteitsnetwerken>

4 <https://www.kfz.nl>

diversiteit aan patiëntdoelgroepen (persoonlijkheidsstoornissen, seksuele stoornissen, psychotische stoornissen, ontwikkelingsstoornissen, middelenmisbruikstoornissen of een licht verstandelijke beperking) en instellingen (klinisch, ambulant, BW/MO, PPC en reclassering), en op een breed spectrum aan onderwerpen (zoals diagnostiek en behandeling, continuïteit van zorg, e-health, deskundigheidsbevordering). De opbrengsten van de KFZ-calls staan voor een belangrijk deel voor de *state of the art* van het forensische zorgveld. Verschillende producten zijn ook bestempeld als veldnorm.

De brug tussen onderzoek/productontwikkeling en toepassing daarvan vraagt om expliciete aandacht. Om daadwerkelijk aan kwaliteit te kunnen werken, is het belangrijk dat instellingen de producten goed implementeren in hun primaire proces. In de praktijk blijkt dat instellingen hierbij tegen problemen aanlopen. Mede daarom is de focus binnen KFZ verschoven van productontwikkeling naar implementatieprocessen. Vanuit KFZ wordt er onder andere een *quickscan* aangeboden, waarmee instellingen inzicht krijgen in de belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van een product. Daarnaast worden er – in de vorm van een toolbox – producten aangeboden die het implementatieproces ondersteunen. En er worden aanzienlijk meer calls uitgezet waarin het implementeren van een specifiek product centraal staat. Onderdeel van deze calls is vaak het maken van een extra vertaalslag naar het praktisch handelen ten aanzien van het product. Vanaf 2018 is er naast het programma KFZ ook een KFZ-Jeugd van start gegaan die zich richt op de kwaliteit van de forensische jeugdzorg⁵.

1.7 Roep om forensisch vakmanschap

De stelselwijzigingen die vanaf 2006 geleidelijk zijn doorgevoerd, hebben ertoe geleid dat de rechter de forensische zorg steeds vaker oplegt aan daders met psychiatrische en psychische problematiek, verslavingsproblematiek en/of een verstandelijke beperking. Hierdoor neemt de behoefte aan plekken in de klinieken toe. Daarnaast maakte de langere verblijfsduur in de tbs-klinieken het noodzakelijk dat de doorstroom van patiënten verbeterde. Instroom en doorstroom van forensische patiënten richting de reguliere GGZ was altijd al lastig, maar werd met de toegenomen aandacht voor risico's extra moeilijk. Vanuit de tbs-sector ontstonden er daarom initiatieven om in samenwerking met de GGZ vervolgvoorzieningen te ontwikkelen, waardoor uitstroom uit een tbs-kliniek geleidelijk zou kunnen plaatsvinden. Dit bevorderde de doorstroom van tbs-gestelden naar overige

forensische zorg (OFZ), oftewel alle andere vormen van forensische zorg naast de tbs, aanzienlijk. In het kader van de ambulantisering ontstonden verder forensische poliklinieken en nam de forensische zorg binnen BW/MO-instellingen een vlucht.

Mede door de ambulantisering zijn de klinische settingen steeds meer voorbehouden aan patiënten met zeer complexe problematiek. Maar ook in settingen met een minder hoog beveiligings- en zorgniveau stromen hierdoor patiënten met relatief complexe problematiek in. Los van het feit dat professionals in deze settingen minder bekend zijn met het werken met deze populatie, past de problematiek in combinatie met het gepleegde delict ook niet altijd bij het beveiligingsniveau in deze instellingen. Zo hebben professionals in deze instellingen minder instrumenten om een patiënt te corrigeren op gedrag of te motiveren voor de behandeling. Daarnaast vergt deze zwaardere doelgroep een grotere inzet van de professionals, waardoor ze minder tijd overhouden voor behandelinhoudelijke zaken.

Er wordt dus meer van professionals gevraagd, doordat:

- de doelgroep relatief zwaarder is geworden;
- er vanuit het behandelkader minder mogelijkheden zijn voor het corrigeren en het motiveren van patiënten;
- er minder tijd is voor de inhoudelijke behandeling van patiënten.

De afgelopen jaren is de werkdruk bij professionals groter geworden. Ze moeten ten eerste de behandeltrajecten onder financiële druk verkorten, waardoor ze hetzelfde werk in kortere tijd moeten doen. Vanwege personeelstekorten moet dit werk ook nog met minder (ervaren) professionals worden verricht. Minder (ervaren) professionals op de werkvloer zorgt voor onrust en grotere kans op incidenten. Ook de toename van administratieve taken zorgt ervoor dat er minder tijd is voor het contact met de patiënt en investeren in het creëren van het therapeutisch leefklimaat. Dit zorgt voor onrust op de afdeling, heeft direct gevolgen voor de kwaliteit van de behandeling en kan leiden tot incidenten. Daar komt nog bij dat professionals een groot deel van hun werkplezier halen uit het contact met de patiënt en het bijdragen aan de behandeling. Door de hiervoor beschreven ontwikkelingen staat de effectiviteit van de forensische zorg onder druk, neemt de kans op incidenten toe en staat het werkplezier van de professional onder spanning.

De situatie was in 2017 voor GGZ Nederland zelfs aanleiding om in een brandbrief aan de Tweede Kamer haar zorgen te uiten over de veiligheid en kwaliteit in de forensische zorg. Het onderzoek dat Andersson Elffers Felix (AEF) naar aanleiding hiervan uitvoerde (2018), bevestigde dat de kwaliteit van zorg en de veiligheid van patiënten onder druk stonden, dat de maximale belastbaarheid van medewerkers

in de patiëntenzorg werd overschreden en dat het van belang was om in te zetten op het opleiden van professionals voor de forensische zorg. In zijn onderzoek benadrukte de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2018) het belang van investeren in personeel, om het hoofd te bieden aan de genoemde problemen, die een bedreiging vormen voor de kwaliteit van de zorg. Dit heeft de noodzaak van het vergroten van het vakmanschap in de forensische zorg geëxpliciteerd.

In het volgende hoofdstuk sta ik stil bij wat vakmanschap precies inhoudt en waar dit in de kern bij forensische zorgprofessionals om draait.



2

Vakmanschap

Volgens Van Dale staat vakmanschap voor 'grote bekwaamheid in een vak'. Iets wat iemand zich kan eigen maken door opleiding en ervaring in de praktijk. In dit hoofdstuk zal ik vakmanschap eerst in algemene zin uitleggen. Later in het hoofdstuk volgt de toepassing hiervan in de context van het werken in de forensische zorg.

2.1 Vakmanschap in het algemeen

Vakmanschap heb ik zelf lange tijd omschreven als 'de kennis en kunde die nodig is om werkzaamheden adequaat te kunnen uitvoeren'. Maar daarmee is de inhoud van het begrip nog niet echt duidelijk. Om wat voor kennis, vaardigheden en houdingsaspecten gaat het dan? En nog los van de inhoudelijke invulling, blijkt dat er nog veel meer komt kijken bij het begrip vakmanschap. Aangezien werken aan vakmanschap centraal staat binnen het lectoraat, is het belangrijk om een helder beeld van de betekenis van dit begrip te hebben.

2.1.1 Vakmanschap is meer dan competenties

Het uitvoeren van werkzaamheden vraagt om passende competenties bij professionals. Deze competenties bestaan uit een combinatie van kennis, vaardigheden en houding die de professional zich eigen moet maken om de doelen in een bepaalde taaksituatie te kunnen bereiken. Naast de benodigde competenties komt bij vakmanschap ook een bepaalde gedrevenheid kijken, en de drijfveer om kwalitatief goed werk af te leveren (Sennet, 2008; Geurts, 2011; Petit, 2017). Sennet (2008) beschrijft vakmanschap als 'een duurzame, basale menselijke drijfveer: het verlangen om werk goed uit te voeren omwille van het werk zelf' (p. 17).

Vakmanschap bestaat altijd uit een combinatie van en interactie tussen 'hoofdwerk' en 'handwerk'. Of zoals Sennet (2008, p. 18) het verwoordt: "Elke goede vakman voert een dialoog tussen concrete handelingen en denken." Vakmanschap heeft betrekking op werkzaamheden met een bepaalde moeilijkheidsgraad en complexiteit, waar een stevige kennisbasis en dus scholing voor nodig is. Maar ook het 'handwerk' dat gerelateerd is aan 'een in hoge mate ontwikkelde vaardigheid' (p. 28) en aan 'de geoefende praktijk' (p. 47) is hierin een belangrijk element (Sennet, 2008). In het samenspel tussen handelen en denken ontstaan goede gewoontes, oftewel 'een ritme tussen problemen oplossen en problemen ontdekken' (Sennet, 2008, p. 18).

2.1.2 Oordelen als vakman of -vrouw

Professionals moeten beschikken over een handelingsrepertoire waar ze in de dagelijkse praktijk een beroep op kunnen doen. De veranderlijkheid van de

dagelijkse praktijk zorgt er echter voor dat het handelingsrepertoire lang niet altijd volledig passend is. Dan moet de professional anticiperen of improviseren. Dit vereist een ander belangrijk aspect van vakmanschap, namelijk het 'kunnen oordelen als vakman' (Sprenger, 2011). Dit oordelen gebeurt op basis van enerzijds feitelijke en expliciete kennis (*knowing what*) en anderzijds een meer praktische en impliciete vorm van kennis (*knowing how*) (Polanyi, 1958). Waar iemand de expliciete vorm van kennis veelal opdoet tijdens de opleiding, komt de impliciete variant van kennis voort uit de ervaringen in het werk. De twee vormen van *knowing* zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en leiden tot een verrassende en unieke combinatie van gedragingen (Polanyi, 1958). Het handelingsrepertoire van de vakman of -vrouw wordt steeds groter doordat hij of zij steeds weer andere problemen moet oplossen. De ervaringskennis die hier het resultaat van is, staat bekend als *tacit knowledge*, oftewel het *knowing why*. Dit betreft vaardigheden, ideeën en ervaringen die professionals in hun geheugen hebben opgeslagen en die lastig overdraagbaar zijn omdat lastig in woorden is te vatten wat het precies betreft (Busch, 2008; Chugh, 2013). Enerzijds zijn deze vaardigheden, ideeën en ervaringen gerelateerd aan de dieperliggende waarden en opvattingen binnen de beroepsgroep. Anderzijds ontwikkelen professionals eigen waarden en overtuigingen die in hun handelen zijn terug te zien (Sennet, 2008).

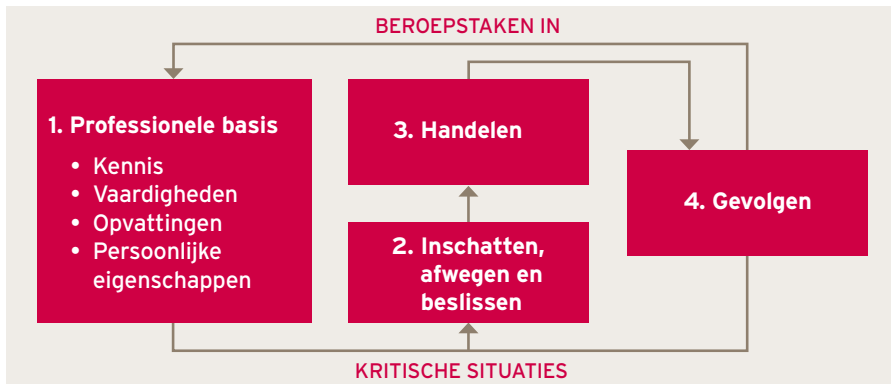
2.1.3 Reflectie op het eigen handelen

Professionals moeten in staat zijn om kritisch naar zichzelf en het eigen handelen te kijken en openstaan voor verbetering van dit handelen. Door het eigen handelen objectief te aanschouwen en oplossingen te zoeken voor problemen waar zij tegenaan lopen, kunnen zij hun handelen naar een hoger niveau tillen (Van Woerkom, 2003). Reflectie draait om een systematisch en kritisch denkproces waarbij denkstappen logisch op elkaar moeten volgen. Het handelen moet zo veel mogelijk gebaseerd zijn op algemene inzichten, waarin de diverse handelingsalternatieven zijn afgewogen (Dewey, 1933). Reflectief denken vraagt van professionals dat ze openstaan voor verschillende visies, dat ze de gevolgen van acties zorgvuldig afwegen en dat ze kritisch blijven kijken naar de eigen overtuigingen en aannames. Reflectie heeft een centrale plaats in het denken over leerprocessen en wordt gezien als een methode om mensen te helpen bij het begrijpen van hun professionele kennis en handelen (Loughran, 2002). Dit is van groot belang voor het ontwikkelen van vakmanschap door professionals.

2.1.4 Elementen van vakmanschap in relatie tot elkaar

Hoe de hiervoor beschreven elementen van vakmanschap zich tot elkaar verhouden, zal ik toelichten aan de hand van het model van Roelofs en Sanders (2003 en 2007) in figuur 2.1. Dit betreft een procesmodel voor professioneel handelen in een specifieke taakomgeving. Dit model spitst zich toe op een kritische beroepssituatie, aangezien in deze situatie pas duidelijk wordt in hoeverre er sprake is van competent

gedrag. Volgens Roelofs e.a. (2008) is dit af te leiden uit 'de mate waarin personen, gebruikmakend van een persoonlijke kennisbasis, bij het uitvoeren van taken in een specifieke context verantwoorde beslissingen kunnen nemen, resulterend in werkgedrag (probleemaanpak, interventie) dat bijdraagt aan vooraf als wenselijk beschouwde resultaten' (p. 321).



Figuur 2.1 Procesmodel voor werken aan vakmanschap in een specifieke taakomgeving

Bron: Roelofs & Sanders, 2003 en 2007

Oftewel, volgens Roelofs e.a. (2008) kan een vakman of -vrouw in een specifieke beroepssituatie waar het er echt op aankomt, op basis van kennis, vaardigheden, opvattingen en persoonlijke eigenschappen tot een inschatting, oordeel of besluit komen en daar vervolgens het handelen op afstemmen. Reflectie op de gevolgen van het handelen zorgt voor een leerervaring die weer wordt meegenomen in de professionele basis. Hierdoor ontwikkelt een professional zijn of haar vakmanschap steeds verder.

2.1.5 Eigenaarschap

De mate waarin professionals daadwerkelijk in staat zijn om goed invulling te geven aan hun handelen, hangt samen met de mate waarin zij *eigenaarschap* ervaren. Dit is een gemoedstoestand die van positieve invloed is op hun tevredenheid, motivatie en prestatie, maar alleen als zij naast formeel eigenaarschap ook *gevoelens van eigenaarschap* ervaren. Het betreft 'de gevoelens van een persoon in relatie tot een substantieel of niet-wezenlijk doelwit die worden gekenmerkt door een gevoel van bezit' (Pierce e.a., 2003; Van Dyne & Pierce, 2004). Het gevoel van bezit zorgt ervoor dat iemand zich eigenaar voelt van bijvoorbeeld een functie, rol of project.

Vakmanschap is een kwaliteit die sterk in de persoon zelf zit verankerd en veelal het gevolg is van trots, passie, bevoegenheid en de intrinsieke motivatie van een persoon (Sennet, 2008). Dit appelleert aan de *roeping* die professionals voelen

voor de uitvoering van hun vak. Voor het voeden van de intrinsieke motivatie van vakmensen is het daarom extra van belang dat zij ruimte krijgen om invulling te geven aan werkzaamheden. Dit hangt dus nauw samen met eigenaarschap.

2.1.6 Samenwerking en beroepsidentiteit

Om als professionals goed invulling te kunnen geven aan vakmanschap is het belangrijk dat zij weten waar zij als professionals verantwoordelijk voor zijn. Werkzaamheden worden steeds meer multidisciplinair van aard. Daarmee is de procesmatige afhankelijkheid van andere professionals en ketenpartners voor het behalen van doelstellingen, toegenomen. Om doelstellingen te kunnen behalen, moeten professionals zich bewust zijn van hun onderlinge afhankelijkheid en elkaar aanvullen en versterken. Deze samenwerking beperkt zich niet alleen tot het uitvoeren van de taak, maar heeft ook betrekking op het beoordelen van situaties in de werkpraktijk (Sprenger, 2011). Professionals zijn hierin afhankelijk van elkaars informatie. Zij moeten hun informatie dus delen met elkaar. Dit kan feitelijke informatie zijn, maar ook meer intuïtieve kennis, zoals vermoedens.

Om de samenwerking in goede afstemming te kunnen vormgeven, is het heel belangrijk dat de professionals een helder beeld van de verantwoordelijkheden van hun eigen discipline hebben. Professionals bekijken daartoe hun eigen handelen in het licht van de standaarden van hun beroepsgemeenschap of collega-professionals met wie zij zich identificeren (Sennet, 2008; Ruijters, 2021). In het vormen van een beroepsidentiteit gaat het erom hoe een individu 'als mens' en 'als beroepsbeoefenaar' zich verhoudt tot de beroepsgroep als geheel en directe vakgenoten in het bijzonder. De beroepsidentiteit geeft een professional houvast, iets waar hij zich aan kan spiegelen en zich toe kan verhouden. De beroepsidentiteit verheldert waar een professional met zijn collega's uit zijn beroepsgroep verantwoordelijk voor is, maar tegelijkertijd waarin zij zich onderscheiden ten opzichte van andere beroepsgroepen en disciplines (Ruijters, 2021). Pas als professionals weten waar hun beroepsgroep voor staat, weten ze ook waarvoor ze als beroepsgroep *niet* verantwoordelijk zijn. Om op gedegen wijze invulling te kunnen geven aan vakmanschap, moeten professionals helder zicht hebben op waar zij in het werk verantwoordelijk voor zijn, waar andere disciplines verantwoordelijk voor zijn en hoe de samenwerking vorm moet krijgen om hieraan tegemoet te komen.

2.2 Betekenis van vakmanschap in de forensische zorg

Nu vakmanschap in algemene zin is geduid, zal ik vakmanschap in deze paragraaf bezien in het kader van de forensische zorg.

2.2.1 Forensisch vakmanschap

Afgelopen jaren is er in de forensische zorg in toenemende mate aandacht voor de professionalisering en deskundigheidsbevordering van (toekomstige) professionals. In dit kader wordt onder andere het 'Programma Forensisch Vakmanschap' ontwikkeld, waar ik in hoofdstuk 3 op in zal gaan. In het kader van dit programma hebben Nellissen e.a. (2021) in nauwe samenwerking met het forensische zorgveld een beschrijving opgesteld van vakmanschap in de forensische zorg:

Forensisch vakmanschap is de optelsom van kennis, vaardigheden en attituden waardoor de forensische zorgprofessional hoogwaardige begeleiding en/of behandeling kan bieden aan cliënten. De focus ligt op het terugdringen van recidive en op herstel en resocialisatie van de cliënt. De begeleiding en/of behandeling vindt plaats binnen het spanningsveld van zorg verlenen in een forensisch kader. Multidisciplinaire samenwerking binnen de organisatie en de keten is hierbij een voorwaarde.

Forensisch vakmanschap houdt in dat de forensische zorgprofessional continu keuzes en afwegingen maakt met aandacht voor de belangen en ontwikkeling van de cliënt en de veiligheid voor alle betrokkenen, van professionals tot mede-clieñten en samenleving. De professional anticipeert en handelt in complexe en potentieel risicovolle situaties, waarin de morele afweging wordt meegenomen.

Forensisch vakmanschap betekent dat de professional zich doorlopend ontwikkelt en daar zelf mede de regie in voert. De professional beschikt over mentale veerkracht en reflecteert op de eigen gemoedstoestand, houding en handelen. Door reflectie op zichzelf en op het gezamenlijk handelen, bewaakt de professional de eigen (mentale) gezondheid en de kwaliteit van de forensische zorg.

2.2.2 Kennis, vaardigheden en attitude

Om op een goede manier invulling te kunnen geven aan hun werkzaamheden, moeten de forensische zorgprofessionals beschikken over bepaalde kennis en vaardigheden en een bepaalde attitude. Zij hebben bijvoorbeeld uitgebreide *kennis* nodig van psychiatrische stoornissen die bij patiënten voorkomen, van gedragingen die bij de stoornis vaak voorkomen en hoe deze zich vertalen in interactie met anderen en delictgedrag. Maar zij hebben ook *vaardigheden* nodig, zoals gespreksvaardigheden, om contact met patiënten te leggen en een vertrouwensrelatie op te bouwen. Het oordeel van een professional over het delictgedrag van de patiënt mag daarnaast bijvoorbeeld niet bepalend zijn voor de *houding* of *attitude* richting de patiënt, zoals de mate waarin hij of zij aandacht geeft aan een patiënt.

Kennis, vaardigheden en houdingsaspecten zoals hiervoor omschreven, leggen een belangrijke basis voor het handelen van professionals. Ze dragen bij aan het opbouwen van het handelingsrepertoire van de professional. Met name de interactie tussen deze aspecten is van groot belang voor het komen tot een adequate beoordeling van een situatie en het daarop afstemmen van het handelen.

De forensische zorg kent een zeer diverse patiëntenpopulatie. En een professional moet in staat zijn om in de begeleiding en behandeling alle aspecten van de patiënt en de context mee te nemen. Patiënten hebben diverse problematiek. Denk aan persoonlijkheidsstoornissen of psychotische problematiek, of een licht verstandelijke beperking of bijvoorbeeld middelengebruik. Daarnaast kennen de patiënten verschillen in achtergrond, zoals in etniciteit. Al deze persoonskenmerken kunnen invloed hebben op het gedrag van de patiënten.

Gedrag kan ook worden beïnvloed door de context waarin de patiënt zich bevindt, zoals hoe het leefklimaat is vormgegeven en de relatie met netwerkleden (zoals familie, vrienden en naasten) en professionals. En het maakt voor gedrag verschil of de patiënt zich prettig voelt of juist niet. Deze omstandigheden kunnen van invloed zijn op gedrag, en over de tijd een grotere variatie laten zien.

Het is niet alleen belangrijk om het gedrag als resultante van de genoemde persoonskenmerken te duiden, maar ook om de betekenis van het gedrag te duiden in de situatie waarin het zich voordoet. Zo kan gedrag in een forensische context een andere betekenis hebben dan hetzelfde gedrag in een andere context. In een context waarin personen afhankelijk zijn van anderen, zul je bijvoorbeeld sneller aanpassingsgedrag zien van deze personen om zaken voor elkaar te krijgen.

De professional moet de context meenemen in het oordeel dat hij vormt over het gedrag van de patiënt. Een term die raakt aan deze oordeelsvorming in de context en tegenwoordig vaak wordt gebruikt in het forensische zorgveld is 'forensische scherppte'. Er bestaat nog geen eenduidige invulling van dit begrip, maar in een eerste poging om tot een definitie te komen, wordt gesteld dat het draait om *'het kunnen herkennen van zelfs subtiele signalen van mogelijke escalatie, het eigen onderbuikgevoel, de capaciteit om hierover met collega's te communiceren, de bereidheid om te handelen wanneer nodig, en de realisatie dat dit in zichzelf ook een effect op de patiënt kan hebben'* (Clercx e.a., 2020). Ik geef ter illustratie een voorbeeld van de noodzaak van forensische scherppte.

Een tbs-gestelde krijgt in zijn resocialisatiefase meer vrijheden en gaat transmuraal wonen. Hij besluit een hondje te kopen waarmee hij in het park wil gaan wandelen. Dit kan als positieve ontwikkeling worden gezien, omdat

hij zorgt voor het dier, dit een zinvolle dagbesteding kan zijn en ertoe kan leiden dat hij weer wat onder de mensen komt en participeert in de samenleving. Echter, de patiënt in kwestie koopt de hond met als doel om in contact te komen met (kwetsbare) vrouwen en kinderen. Hierin zijn parallellen te zien met eerder delictgedrag van de patiënt.

Een andere vorm van forensische scherpheid is het scherp blijven op bijvoorbeeld de behandelbehoefte van een patiënt, dus het blijven zoeken naar passende behandeldoelen of interventies. Forensische zorgprofessionals nemen het gedrag van patiënten waar en interpreteren dit gedrag, en naar aanleiding van de bevindingen stellen zij doelen en handelen zij. Op de gevolgen van dit handelen moeten ze dan uiteraard weer reflecteren. De vraag is daarbij of het handelen heeft geleid tot wat ze hadden beoogd en hoe ze dit resultaat eventueel beter hadden kunnen bereiken. Zo blijven ze dus zoeken naar de best passende manier van handelen.

Naast de situaties waarin de professional de tijd en ruimte heeft voor het beoordelen van gedrag van een patiënt, zijn er in de werkpraktijk ook vaak situaties waarbij de professional *in a split second* moet beoordelen hoe te handelen. Denk hierbij aan acute agressie van een patiënt tegen een andere patiënt of een medewerker. Maar het kan ook in subtielere zaken zitten. Ik geef een voorbeeld van subtieler gedrag.

Een patiënt in een FPC heeft woorden gehad met sociotherapeut A. Hij doet hierna zijn beklag bij andere sociotherapeuten. In de avond lijkt de grootste frustratie bij deze patiënt te zijn weggezakt en heeft hij een geanimeerd gesprek met sociotherapeut B in de zithoek op de afdeling. Als het om 20.30 uur tijd is voor de insluiting van patiënten op hun persoonlijke verblijven, loopt sociotherapeut B nog even mee richting het verblijf van de patiënt. Het is die dag de taak van sociotherapeut A om de patiënten in te sluiten. Maar bij zijn verblijf aangekomen zegt de patiënt tegen sociotherapeut B: 'Sluit jij me maar in, ik wil met haar even niets te maken hebben.' Hiermee refereert de patiënt aan sociotherapeut A en kijkt even in haar richting terwijl hij dit zegt.

Sociotherapeut B, die dit verzoek van de patiënt krijgt, moet direct actie ondernemen. Deze therapeut kan denken: kleine moeite, ik ben hier nu toch, ik doe dat wel even. Maar als je de situatie op betrekkingniveau beziet, dan valt de therapeut met deze actie wel zijn collega af. Sociotherapeut B zou hiermee het signaal kunnen afgeven dat hij wel snapt dat de patiënt even 'niets met haar te maken wil hebben'. Of dat hij de patiënt wel begrijpt, zeker na het geanimeerde gesprek dat zij hebben gehad.

Deze situatie, waarin therapeut B in een *split second* moet besluiten wat hij doet, kan dus leiden tot een actie die het team splijt.

In situaties als in het voorbeeld, waarbij professionals snel moeten besluiten hoe te handelen, wordt er een groot beroep gedaan op hun oordeelsvermogen. Bij het vormen van een oordeel doet een professional een beroep op verschillende soorten kennis: theoretische kennis en ervaringskennis.

De professional in een situatie als in het voorbeeld maakt gebruik van zijn *theoretische kennis* van ziektebeelden om de gedragingen te kunnen duiden. Verschillende persoonlijkheidsstoornissen kunnen uitlokkingsgedrag verklaren. Een professional moet weten vanuit welke achtergrond en dynamiek dit gedrag ontstaat, om adequaat te kunnen handelen. Bij een patiënt met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) kan het uitlokkingsgedrag bijvoorbeeld samenhangen met instabiliteit in relaties of verlatingsangst. Bij patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS) of antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) zal het gedrag vanuit een andere relationele dynamiek ontstaan.

In een dergelijke situatie doet een professional ook een beroep op kennis die hij in de werkp praktijk heeft opgedaan. Dit is *ervaringskennis*. Dat kan gaan om kennis over werken in teamverband, inzicht in eigen valkuilen en gevoeligheden of zijn aangeleerde professionele houding.

Van een situatie zoals in het insluitvoorbeeld kan een professional veel leren. Ongeacht hoe de professional op dat moment heeft gehandeld, geeft het hierover nadenken of het hierover spreken met collega's naderhand handvatten die de professional kan gebruiken als zich een soortgelijke situatie voordoet. Dit hoeft niet exact dezelfde situatie te betreffen. Kijkend naar het insluitvoorbeeld hoeft het de volgende keer niet weer over insluiten te gaan, maar kan een patiënt aangeven niet met de ene maar alleen met de andere therapeut te willen spreken. De professional kan dan in het handelen putten uit het handelingsrepertoire dat hij of zij heeft opgebouwd. In dat repertoire zit ook die ervaring met het insluiten.

Een voorwaarde voor het opbouwen van ervaringskennis is dat de professional wordt gefaciliteerd in het reflecteren op het handelen en dat de professional verantwoordelijkheid neemt voor het handelen. See, Think, Act (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2020) is een methode om als professional procesmatig te werken aan het vermogen om het eigen werk te beschouwen en verantwoordelijkheid te nemen voor de zorg en de veiligheid van patiënten.

Ervaringen in de werkp praktijk zorgen ervoor dat de professionals hun handelingsrepertoire uitbreiden en ook meer op impliciet opgedane kennis en vaardigheden,

oftewel *tacit knowledge*, kunnen vertrouwen. Deze *tacit knowledge* wordt meer intuïtief ingezet en toegepast. Kahneman (2011) waarschuwt echter dat het intuïtieve denken niet altijd betrouwbaar is. Intuïtie is niet alleen gebaseerd op ervaringen, maar kan ook vooroordelen of denkfouten bevatten. Ook Bosker e.a. (2018) benoemen valkuilen zoals de moeite om impliciete kennis expliciet te maken; bij besluitvorming waar snel moet worden gehandeld worden belangrijke aspecten over het hoofd gezien en intuïtief handelen wordt veelal beïnvloed door emotie, associatie of selectief gebruik van herinnering. Een professional moet zich dus bij intuïtieve besluitvorming altijd afvragen of er expertise ten grondslag ligt aan het besluit.

Ervaringskennis is niet altijd goed uit te leggen of over te dragen aan andere professionals. Bij het insluitvoorbeeld zal sociotherapeut B, die door de patiënt gevraagd werd om hem in te sluiten, mogelijk niet direct hebben kunnen beredeneren waarom hij dit verzoek beter niet kon honoreren. Mogelijk had hij gevoelsmatig wat twijfels. Het is echter de vraag of een professional dit gevoel volgt op het moment dat hij dit niet kan beargumenteren of duiden. Het reflecteren op situaties zoals het insluitvoorbeeld kan de professionals helpen om in de toekomst meer adequaat besluiten te nemen. Het kunnen omzetten van een oordeel in een handeling doet een groot beroep op onder andere de vaardigheden van de professional. Ook is voor zowel het komen tot een oordeel als het handelen op basis van dat oordeel een bepaalde beroepshouding oftewel attitude van belang: zowel het oordelen als het handelen vraagt om een objectieve en niet-vooringenomen houding van een professional.

2.2.3 Morele afweging

Op grond van de vorige paragrafen kan de indruk zijn ontstaan dat professionals in de werkpraktijk doorgaans voor een goede of foute keuze staan. En dat zij op basis van (ervarings)kennis de juiste beslissing kunnen nemen. Dit ligt echter in veel gevallen genuanceerder. Professionals in het veld staan vaak voor dilemma's waar niet gemakkelijk een zuiver goede beslissing aan te koppelen is. De volgende twee situaties illustreren dit.

Ten eerste wordt forensische zorg opgelegd aan verdachten om verandering te bewerkstelligen, zodat toekomstig delictgedrag wordt voorkomen. De patiënten hebben lang niet altijd gekozen voor de zorg. Om de veranderingen te bewerkstelligen, wordt er in de behandeling soms dwang gebruikt. De professional moet het inzetten van dwang afwegen tegen het recht op zelfbeschikking van de patiënt, maar ook tegen de belangen van de omgeving en bijvoorbeeld slachtoffers.

Ten tweede moet de professional in het contact met een patiënt een balans zien te vinden tussen (professionele) afstand en (professionele) nabijheid. In nabijheid kan de professional de patiënt wellicht beter bereiken, doordat deze zich gezien,

gehoord en erkend voelt. Maar nabijheid kan er ook voor zorgen dat de patiënt het contact als te intens ervaart of de bedoeling ervan lastig kan interpreteren. Bij afstand is het weer lastig om tot een relatie te komen waarbij er over en weer voldoende vertrouwen is om constructief aan behandeldoelen te kunnen werken.

De twee voorbeelden illustreren enkele afwegingen waar de forensische zorgprofessional mee te maken heeft. Dit is ook een belangrijk aspect in de oordeelsvorming van professionals. Een van de methoden die in het veld regelmatig worden ingezet in dit kader, is het moreel beraad. Dit is een gestructureerde gespreksmethodiek waarin deelnemers gezamenlijk een ethische kwestie uit hun werksituatie bespreken. Ze werken aan de hand van een concreet voorbeeld uit de dagelijkse beroepspraktijk toe naar een antwoord op de vraag wat in die specifieke situatie de beste handelswijze is (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2018).

2.2.4 Beroepsidentiteit van de sociotherapeut en samenwerking binnen de forensische zorg

In de forensische zorg werken diverse groepen van professionals (o.a. behandelaren, sociotherapeuten, verpleegkundigen en vaktherapeuten) gezamenlijk aan de doelstelling om tot een zo effectief mogelijke behandeling en begeleiding van patiënten te komen. In het kader van interdisciplinaire samenwerking moet er afstemming plaatsvinden tussen deze groepen. Om de samenwerking goed vorm te kunnen geven is het van belang dat de verschillende disciplines zelf en van elkaar weten wat de eigen rol in het behandel- of begeleidingstraject is en waar ze (wel en niet) verantwoordelijk voor zijn. Hierbij speelt beroepsidentiteit van professionals een rol. En daar is iets mee aan de hand in de forensische zorg. Met name in het hbo-onderwijs zijn de opleidingen voor agogische beroepen de afgelopen jaren namelijk generiek van aard geworden. Een goede illustratie hiervan is het samengaan van de opleidingen Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH), Maatschappelijk werk en Dienstverlening (MWD) en Culturele en Maatschappelijke Vorming (CMV) en Pedagogiek in de opleiding Social Work. Dit samengaan heeft ertoe geleid dat er minder ruimte is voor een (meer) specialistische focus en dat de studenten minder worden voorbereid op specifieke beroepen. Als professional is het soms ook lastig om je te identificeren met de meer generieke beroepen. De beroepsidentiteit van de social worker is bijvoorbeeld nog steeds volop in ontwikkeling.

Een van de agogische beroepsgroepen met een specialistische focus is de sociotherapeut. De sociotherapeuten vormen de grootste groep agogische (voornamelijk) hbo-opgeleide professionals in de forensische zorg.

Als sociotherapeut ben je het eerste aanspreekpunt van een patiënt. Samen met je teamgenoten richt je je op het creëren van een veilige, sociale omgeving op de leefgroep en kom je tegemoet aan de behandeling en het herstel van patiënten.

Deze professionals hebben vaak als achtergrond Social Work of HBO-V. In mijn eigen, weliswaar gedateerde, ervaring als sociotherapeut viel mij op dat sociotherapie min of meer als voorwaardenscheppend werd gezien voor de behandeling. De sociotherapie verzorgde het dagelijks leven op de verblijfsafdelingen en voor therapie gingen de patiënten de afdeling af. De sociotherapeuten op de verschillende afdelingen gaven op verschillende manieren vorm aan het leefklimaat. Wetenschappelijk of methodisch houvast voor de manier waarop zij dit het beste konden doen, ontbrak namelijk. Ook maakten instellingen in mijn optiek weinig gebruik van de behandelende kracht van de sociotherapie en het sociotherapeutisch leefklimaat. Op deze verblijfsafdelingen moet per slot van rekening praktisch aan alle facetten van het leven van de patiënt vorm worden gegeven. Dus zijn er genoeg mogelijkheden voor gerichte behandelinterventies.

Er is sindsdien een hoop veranderd. Er is onder andere een landelijk competentieprofiel voor de sociotherapeut in de forensische zorg opgesteld (Kluft & Van de Haterd, 2012), sociotherapeuten werken herstelgericht en er is in Nederland divers onderzoek verricht naar verondersteld werkzame elementen van de sociotherapie (o.a. Fluttert e.a., 2013; Schaftenaar, 2015; Boone e.a., 2016). In deze onderzoeken zijn inzichten uit buitenlands onderzoek meegenomen. Toch lijkt er nog veel te winnen op het gebied van de basis voor handelen en het werken aan een gemeenschappelijke identiteit. De beschrijving in het kader illustreert dit.

In 2017 woonde ik de forensische studiedag in Heiloo bij, een symposium dat voornamelijk door sociotherapeuten wordt bezocht. Ik was hier om, aan de hand van de eerste inzichten uit onderzoek naar werkzame elementen van de forensische sociotherapie, input te halen voor het vervolgonderzoek. Ik vroeg aanwezigen om relevante competenties en best practices van de sociotherapie op te schrijven. Het bleek echter lastig voor de ondervraagden om deze concreet te benoemen. In gesprekken kreeg ik diverse malen terug dat de sociotherapeuten het gevoel hadden in het werk het juiste te doen, maar dat ze hier geen (wetenschappelijke) basis voor hadden. En dat het mede daarom ook lastig was om te benoemen waar het precies om ging. De verondersteld werkzame elementen zoals die in het onderzoek van onder anderen Fluttert e.a. (2012) en Schaftenaar (2015) waren beschreven, bleken bij het merendeel van de aanwezigen niet bekend.

Tijdens een expertmeeting die hierna werd georganiseerd en waarin zowel de hbo-opgeleide sociotherapeuten als wetenschappelijk georiënteerde professionals participeerden, viel de handelingsverlegenheid van sociotherapeuten op. Het waren vooral de wetenschappelijk georiënteerde professionals die aan het woord waren. Zij spraken aan de hand van onderzoeksresultaten en vanuit distantie tot de werkvloer over de sociotherapie.

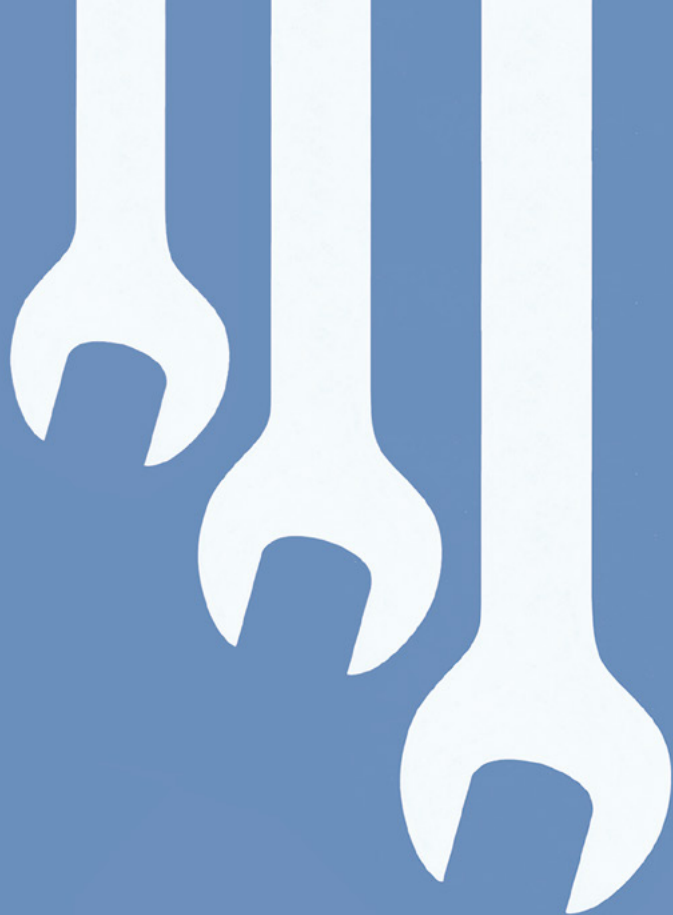
De sociotherapeuten moesten expliciet worden uitgenodigd tot reflectie op de vraag die voorlag. Een van de zaken die in dit licht naar boven kwamen, was dat die sociotherapeuten zich afhankelijk voelden van bijvoorbeeld de behandelaar.

De sociotherapie moest veelal naar inzicht van de behandelaar, die meestal eindverantwoordelijk is in het behandeltraject, worden vormgegeven. Hierbij voelden de sociotherapeuten zich niet altijd gehoord of geconsulteerd.

Om werkzaamheden goed te kunnen verrichten, moeten de professionals weten waar zij als beroepsgroep voor staan en hoe dit zich verhoudt tot andere beroepsgroepen. Professionals moeten daarnaast ruimte ervaren om verantwoordelijkheid te nemen voor de uitvoering van hun professie. In het geval van de sociotherapie ontbreekt een stevige *body of knowledge*. Er is namelijk slechts in beperkte mate onderzoek gedaan naar forensische sociotherapie. En de inzichten uit onderzoek bereiken de werkvloer ook maar in beperkte mate. Een vertaalslag van de inzichten naar praktisch handelen zou de toepasbaarheid van deze inzichten vergroten. Als ze een stevigere kennisbasis hadden, zouden de sociotherapeuten zich mogelijk beter kunnen positioneren ten opzichte van andere beroepsgroepen zoals psychologen of psychiaters. En in de samenwerking een meer autonome bijdrage kunnen leveren aan het begeleidings- en behandeltraject van patiënten in de forensische zorg.

2.3 Resumé

Professionals in de forensische zorg begeleiden en behandelen forensische psychiatrische patiënten met als doel om de kans op herhaling van delictgedrag te minimaliseren. Dit betreft een complexe taakstelling, die samengaat met een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid. Ik heb aangegeven dat vakmanschap voortkomt uit een basale menselijke drijfveer om werkzaamheden goed uit te voeren, omwille van het werk zelf. Ook voor het werk in de forensische zorg zal vaak gelden dat professionals vanuit een innerlijke drijfveer en vanuit intrinsieke motivatie een bijdrage willen leveren aan de complexe taak- en doelstelling waar zij voor staan. Het goed uitvoeren van deze werkzaamheden vraagt om vakmanschap. Het vakmanschap van forensische zorgprofessionals komt in de kern neer op 'het kunnen komen tot adequate (morele) oordeelsvorming en het handelen vormgeven conform dit oordeel'. Dit vraagt om kennis, vaardigheden en bepaalde houdingsaspecten van de forensische zorgprofessional. In hoofdstuk 3 ga ik in op de ontwikkelingen in vakmanschap in de forensische zorg.



3

Toekomst van het vakmanschap in de forensische zorg

De al genoemde ontwikkelingen in de sector, zoals het personeelstekort, de toegenomen werkdruk, de (als gevolg van de ambulantisering) relatieve verzwaring van de patiëntenpopulatie en het verminderen van mogelijkheden voor het motiveren en corrigeren van patiënten, zijn reden geweest voor de forensische zorgsector om in te zetten op een brede aanpak van de arbeidsmarkt en op deskundigheidsbevordering van professionals. In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2022 van het ministerie van Justitie en Veiligheid, GGZ Nederland, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en de Federatie Opvang hebben deze aspecten dan ook een prominente plaats gekregen. Zo is een campagne ingezet om op de arbeidsmarkt grotere bekendheid te geven aan de sector en de mogelijkheden om hierin te werken. Ook zetten partijen in op het verminderen van registratie-eisen en maken ze middelen vrij om professionals te ondersteunen, zodat de werkdruk afneemt en er weer meer tijd komt voor het patiëntcontact. Voor het vergroten van het vakmanschap in de sector wordt vanuit de meerjarenovereenkomst ingezet op het 'Programma Forensisch Vakmanschap' (zie voor nadere toelichting paragraaf 3.2). Ook staat het opzetten van een lectoraat, dat inmiddels de vorm heeft gekregen in het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg, in deze meerjarenovereenkomst benoemd. Voordat ik hier verder op inga, sta ik stil bij de ontwikkeling van de Forensische Leerlijn. Met dit initiatief is een belangrijke basis gelegd voor de recente ontwikkelingen rondom het vakmanschap in de sector.

3.1 Forensische Leerlijn

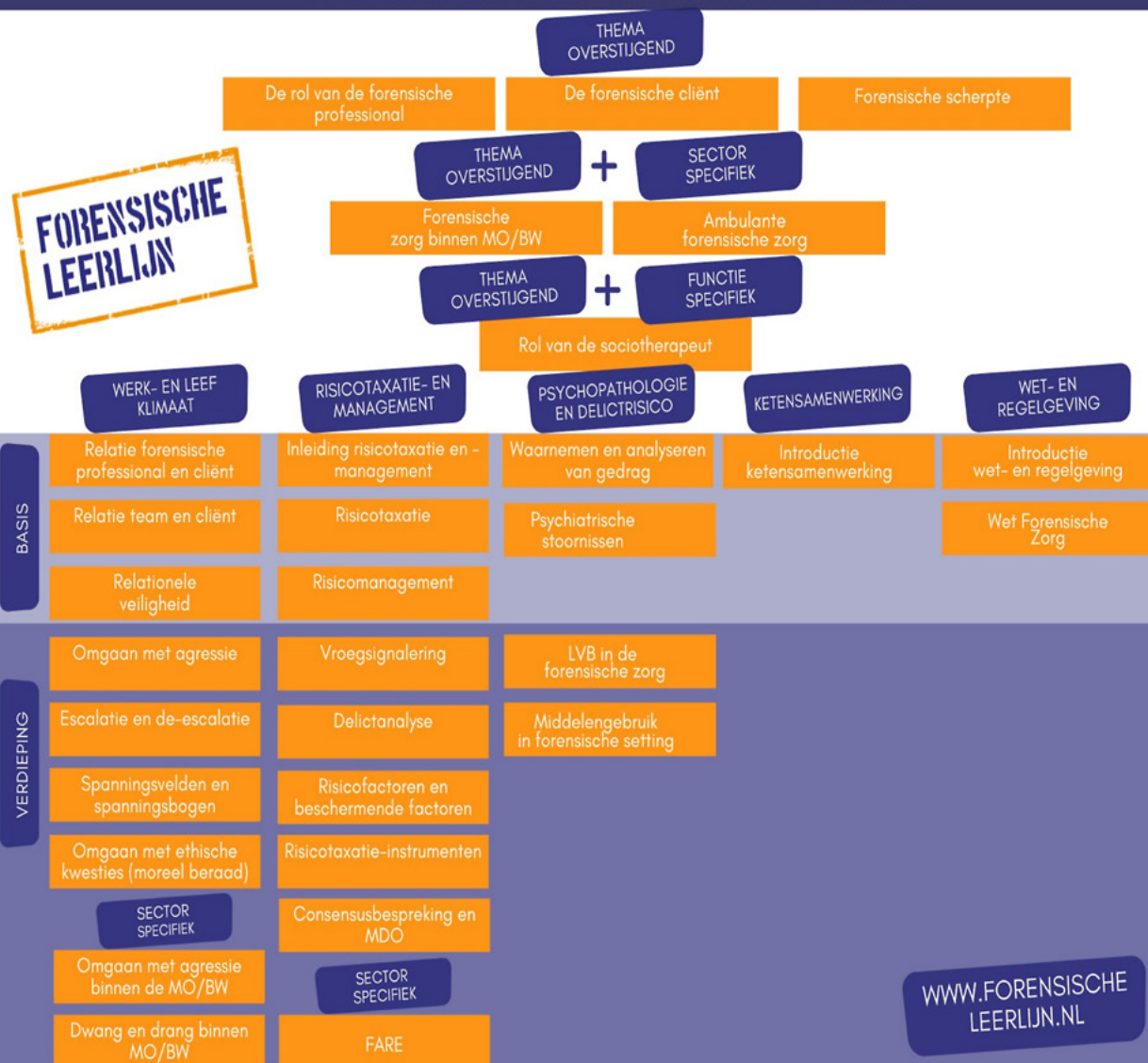
Binnen het programma KFZ is (zoals ik heb uitgelegd in hoofdstuk 1) vanaf 2012 hard gewerkt aan onderzoek en productontwikkeling, wat ervoor heeft gezorgd dat er in relatief korte tijd een kennisbasis beschikbaar is gekomen, die nog steeds groeit. In de eerste jaren was er binnen dit programma nog niet zoveel aandacht voor het toerusten van professionals op hun taak in de forensische zorg. Het ontwikkelen van de Forensische Leerlijn, dat grotendeels vanuit KFZ-budget is gefinancierd, draagt bij aan de professionalisering.

Het ontwikkelen van de Forensische Leerlijn is in 2017 in gang gezet, onder projectleiderschap van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), in samenwerking met GGZ Ecademy en het forensische zorgveld (Forensische Leerlijn, <https://forensischeleerlijn.nl> ^{zd}). Deze leerlijn bestaat uit e-learning-modules die helpen bij de professionalisering en deskundigheidsbevordering van forensische zorgprofessionals. In samenspraak met een brede multidisciplinaire afvaardiging uit het forensische zorgveld zijn aan de start van het programma vijf inhoudelijk thema's vastgesteld die de basis vormen van het werken in de forensische zorg. Deze thema's zijn: 1) Werk- en leefklimaat, 2) Risicotaxatie en -management, 3) Psychopathologie en delict risico, 4) Ketensamenwerking en 5) Wet- en regelgeving. In nauwe samenwerking met het forensische zorgveld en wetenschappers zijn de afgelopen jaren 31 modules beschikbaar gekomen (zie figuur 3.1) en er zijn nog diverse modules in ontwikkeling.

In de Forensische Leerlijn wordt onderscheid gemaakt tussen thema-overstijgende modules, thema-specifieke basismodules, thema-specifieke verdiepende modules en sector-specifieke modules. Ook is er één functie-specifieke module ontwikkeld. Met de 31 beschikbare modules ligt er een breed aanbod van basiskennis en casuïstiek. Waar deze modules zich niet op richten, is competentieontwikkeling in de bredere zin van het woord. E-learningmodules zijn bijvoorbeeld minder geschikt om aan vaardigheden of houdingsaspecten van professionals te werken. Dit vraagt om andere scholingsvormen.

47

SCHEMA MODULES FORENSISCHE LEERLIJN



Figuur 3.1. Beschikbare modules in de Forensische Leerlijn, Bron: <https://forensischeleerlijn.nl>

3.2 Programma forensisch vakmanschap

De Forensische Leerlijn vormt een belangrijke basis voor het werken aan deskundigheidsbevordering van professionals. Deze leerlijn richt zich echter (zoals ik al aangaf) maar op een deel van de benodigde competentieontwikkeling. Voor de competentieontwikkeling in de breedte is er het programma Forensisch Vakmanschap.

In het programma Forensisch Vakmanschap is het begrip *forensisch vakmanschap* nader gedefinieerd (zie hiervoor subparagraaf 2.2.1). Daarnaast is aan de hand van een competentieset voor professionals in de volle breedte van de forensische sector (Radema e.a., 2017) een leerdoelendocument opgesteld. In dat document zijn de competenties uitgewerkt in termen van kennis, vaardigheden en attitudes en specifiek toegeschreven op het werken binnen de forensische zorg. Met een zelfscan kan de professional inzicht krijgen in welke leerdoelen hij of zij beheerst en welke leerdoelen nog aandacht verdienen. Met een organisatiescan kunnen instellingen bepalen in welke mate er bij hen een positief leerklimaat heerst en waar ruimte voor verbetering zit. Mede op basis hiervan kunnen instellingen invulling geven aan de deskundigheidsbevordering van hun professionals. Een inspiratiebox geeft suggesties voor de invulling van het programma. De modules uit de Forensische Leerlijn (zie figuur 3.2) hebben hier een prominente rol in.

In figuur 3.2 staan de themaclusters, thema's en onderwerpen van de leerdoelen voor forensisch vakmanschap. De themaclusters zijn: 1) een introductie in de forensische zorg, 2) jij als professional en 3) vakinhoudelijk handelen. In het themacluster 'introductie' staan centraal de algemene kennis van de forensische zorg (zoals doelstelling, procedure van oplegging en effectiviteit van de behandeling), de relevante wet- en regelgeving en de rollen en verantwoordelijkheden van de instellingen in het veld. In het themacluster 'jij als professional' staan de *soft skills* van de professional centraal. Hierbij moet worden gedacht aan vaardigheden als 'zelfinzicht', 'mentale veerkracht', 'samenwerken met collega's' en 'professionele communicatie en verantwoording'. Het themacluster 'vakinhoudelijk handelen' bestaat uit vooral vakinhoudelijke kennis van onder andere het 'werk- en leefklimaat', 'risicobewust werken', 'behandeleffect en risicomanagement' en 'multidisciplinair werken'. Zie voor het totale leerdoelendocument en de verdere onderbouwing de rapportage 'Leerdoelen Forensisch Vakmanschap' (Nellissen e.a., 2021).



Introductie forensische zorg

Alle taakstellingen

Algemeen

Begeleidende en behandelende taakstelling

Het forensische veld

Wet- en regelgeving



Jij als forensisch zorgprofessional

Begeleidende en behandelende taakstelling

Zelfinzicht

Professionele verantwoordelijkheid

Reflecteren

Zelfontwikkeling

Mentale veerkracht

Omgaan met grenzen

Draagkracht en draaglast

Mentale veerkracht

Samenwerken met collega's

Afstemming met collega's

Collegiale ondersteuning

Reflecteren met collega's

Samenwerken met collega's

professionele communicatie en verantwoording

Communicatie op maat

Schriftelijk rapporteren

Mondeling beargumenteren en verantwoorden

Dienstverlenende taakstelling

Professionele verantwoordelijkheid



Vakinhoudelijk handelen

Begeleidende en behandelende taakstelling

Werk- en leefklimaat

Relatie professional – cliënt

Afstand en nabijheid

Ethiek

Omgaan met weerstand

Omgaan met agressie

Veilige (werk)omgeving creëren

Werken met vrijheidsbeperkende maatregelen

Wet- en regelgeving

Dienstverlenende taakstelling

Werken in een forensische setting

Risicobewust werken

Vroegsignalering

Risico-inschatting

Risicotaxatie-instrumenten

Psychopathologie

Behandeleffect en risicomanagement

Motiveren van de cliënt

Begeleiden en behandelen op maat

Herstelgericht werken

Werken conform begeleidings- of behandelplan

Wet- en regelgeving

Multidisciplinair werken

Samenwerking met ketenpartners

Rollen en verantwoordelijkheden

Het Programma Forensisch Vakmanschap helpt met het leerdoelendocument professionals en instellingen om inzicht te krijgen in de leerbehoeften en hoe ze binnen de instelling een positief leerklimaat kunnen creëren. Het programma is echter geen opleidingsprogramma en geeft dan ook geen vorm aan de benodigde opleiding. Professionals en instellingen moeten zelf bepalen hoe ze de leerbehoeften invullen. De inspiratiebox geeft enkele suggesties voor hoe ze dat kunnen aanpakken. Maar een gestructureerde en eenduidige manier van opleiden, waarbij de kwaliteit van de opleidingsinhoud blijvend wordt gemonitord, ontbreekt vooralsnog.

3.3 Lectoraat gericht op forensisch vakmanschap

Naast de Forensische Leerlijn en het Programma Forensisch Vakmanschap moest er een lectoraat komen om de ontwikkeling van het vakmanschap bij (toekomstige) forensische zorgprofessionals te ondersteunen. Mijn lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg is in dit kader opgezet. Dit lectoraat zal een bijdrage leveren aan het toerusten van (toekomstige) professionals op het adequaat vormen van een (moreel) oordeel en handelen conform dit oordeel.

In de eerste plaats doet het lectoraat dit door middel van kennisontwikkeling op grond van (wetenschappelijk) onderzoek. Nieuwe inzichten uit dit onderzoek moeten de praktijk ondersteunen bij de uitvoering van de werkzaamheden. Daarnaast zal het lectoraat bijdragen aan curriculumontwikkeling. Zowel de nieuwe inzichten uit het onderzoek vanuit het lectoraat als de bestaande kennis en inzichten uit het (onderzoek door het) werkveld moeten hun weg vinden naar de voor de sector relevante opleidingen in het initiële onderwijs. Docenten binnen deze opleidingen worden nauw betrokken bij het onderzoek, waardoor zij enerzijds worden meegenomen in en bijdragen aan de kennisontwikkeling en anderzijds 'van binnenuit' een verbinding leggen met onderwijs en curriculumontwikkeling. In dit hoofdstuk beschrijf ik hoe het lectoraat zal bijdragen aan het ontwikkelen van het vakmanschap bij (toekomstige) professionals in de forensische zorg. Het lectoraat zal daarbij nauw aansluiten bij de bestaande manier van werken aan vakmanschap in de sector. De ontwikkelingen die zijn beschreven in hoofdstuk 1 en 2 neemt het lectoraat mee in zijn aandachtspunten.

3.3.1 Kennisontwikkeling

Er ligt een grote druk op de professionals in de forensische zorg. Zij werken met een doelgroep met ernstige psychiatrische problematiek, waarbij ook sprake is van delictgevaar. En ze staan voor de complexe taak om de bejegening

en behandeling van deze patiënten zo vorm te geven dat delictgedrag in de toekomst uitblijft. Recente ontwikkelingen zoals personeelstekort, toegenomen werkdruk en relatieve verzwaring van de taakinhoud maken het uitvoeren van deze taak moeilijker. Waar bij patiënten al langer wordt onderkend dat langdurig verblijf in een instelling kan leiden tot (al dan niet gewenste) veranderingen in gedrag (Goffman, 1961), is er weinig aandacht voor eventueel aanpassingsgedrag van professionals als gevolg van de complexe taakstelling. Wanneer een professional zich bijvoorbeeld laat leiden door angst, zich gaat terugtrekken uit patiëntcontact of achterdochtiger wordt, dan heeft dit invloed op zijn of haar oordeelsvermogen en handelen. Onderzoek vanuit het lectoraat zal inzicht opleveren in hoe professionals goed kunnen worden toegerust voor het uitvoeren van hun taak en het vermijden van ongewenst aanpassingsgedrag.

Om de behandeling van patiënten onderbouwd vorm te geven, is het beschikken over een kennisbasis, oftewel een *body of knowledge*, van groot belang. Er is in de forensische zorg veel kennis over psychopathologie en bijhorend (delict)gedrag. Ook is er inzicht in de factoren die een risico vormen voor terugval in delictgedrag en is er steeds meer bekend over de effectiviteit van behandelinterventies. Maar er is veel minder bekend over hoe professionals de bejegening en behandeling van de patiënt kunnen laten aansluiten bij de persoonlijke eigenschappen van die patiënt. Inzicht in hoe professionals de bejegening en behandeling responsief kunnen vormgeven, kan in belangrijke mate bijdragen aan het verbeteren van hun oordeelsvermogen en handelen en aan het vergroten van de effectiviteit van de behandeling.

3.3.2 Vertalen van (wetenschappelijke) inzichten naar de werkpraktijk

Er is in de afgelopen decennia hard gewerkt aan een kennisbasis en daarmee aan de onderbouwing van het handelen in de sector en de effectiviteit daarvan. Toch blijft implementatie van deze (wetenschappelijke) kennis een aandachtspunt. Ten eerste moet de werkvloer kennis kunnen nemen van de inzichten om hier daadwerkelijk iets mee te kunnen doen. Maar wat wellicht nog belangrijker is, is dat de (wetenschappelijke) kennis wordt geïmplementeerd in of de bevindingen worden vertaald naar het praktisch handelen. Zo zijn er thema's die vragen om onderzoek dat zich voornamelijk richt op het vertalen van de algemene, meer wetenschappelijke formuleringen van werkzame elementen (dat wil zeggen: dat wat echt werkt) naar de praktijk. Zo is in het operationaliseren van werkzame elementen in het sociotherapeutisch leefklimaat nog een wereld te winnen. Onderzoek hiernaar levert belangrijke inzichten op voor het oordelen en handelen van de grootste groep (voornamelijk hbo-opgeleide) professionals in de sector.

3.3.3 Curriculumontwikkeling

Sinds de eeuwwisseling zijn er enkele grote onderzoeken uitgevoerd naar de tbs-sector/forensische zorg. Hierin kwam helder naar voren dat het ontbreekt aan initiële basisopleidingen die toekomstige professionals voorbereiden op het werken in de forensische zorg. Dit geldt met name voor het VOV-personeel in deze sector. De huidige initiatieven hebben niet de focus op de behoefte aan specialistisch opleiden van (toekomstige) professionals voor de forensische zorg. Naast het versterken van deze focus binnen de bestaande opleidingen, is er behoefte aan nieuwe specialistische opleidingen. Deze specialistische opleidingen zouden (toekomstige) forensische zorgprofessionals voorzien van specifieke kennis, vaardigheden en attitudes die zij nodig hebben om goed te kunnen oordelen en handelen.

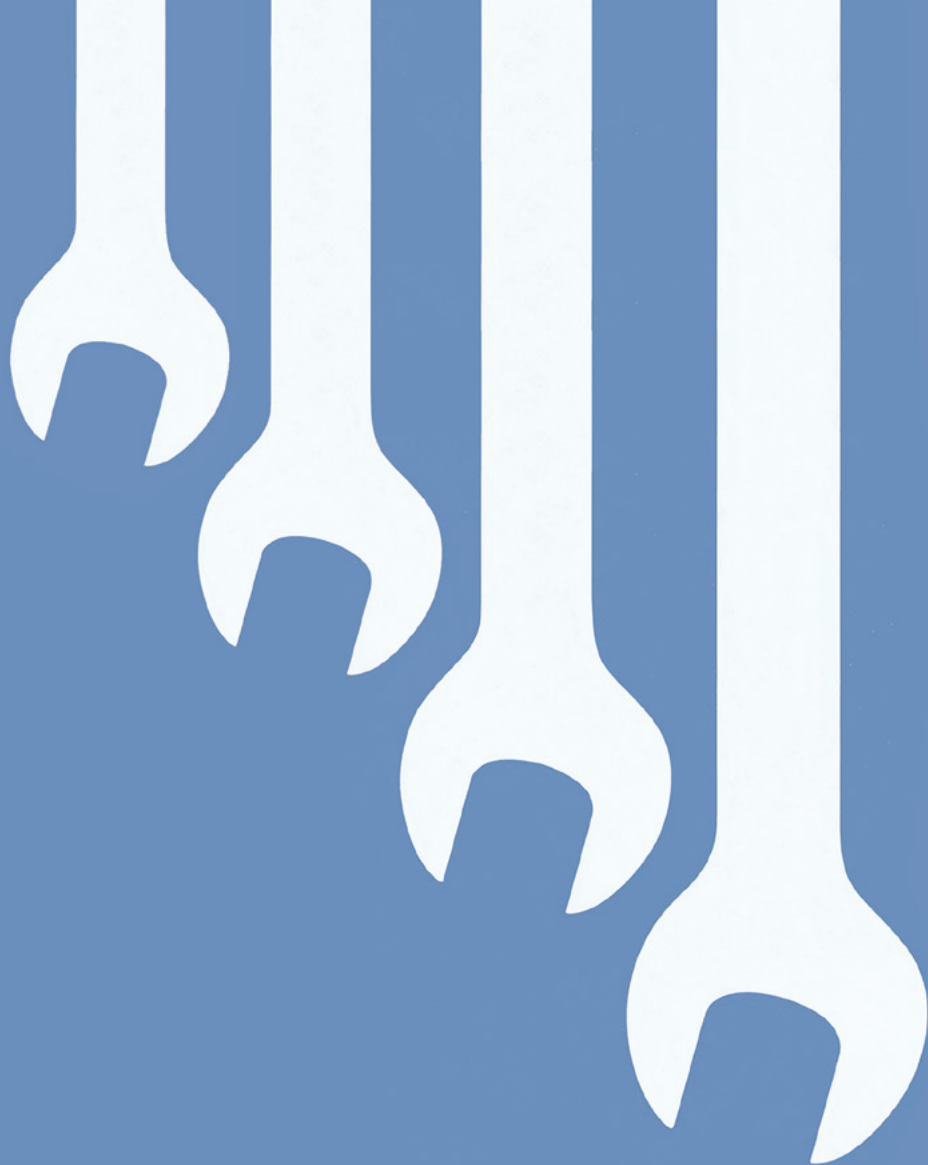
Bovenstaande legt in belangrijke mate de basis voor de keuzes binnen het lectoraat. In hoofdstuk 4 zal ik dit nader toelichten.

3.4 Kwaliteitskader forensische zorg

In het forensische zorgveld is de laatste tijd flink ingezet op kennisontwikkeling, kennisdeling en het oplossen van knelpunten om de kwaliteit van de forensische zorg te verbeteren. Wat echter nog ontbrak, was een overkoepelend kader dat helderheid en richting geeft aan alle betrokkenen in het veld en dat hen stimuleert om te werken aan de kwaliteit van de zorg. Daarvoor is nu het kwaliteitskader forensische zorg 2021-2024 opgesteld. Dit is het resultaat van samenwerking door een brede afvaardiging uit het forensische zorgveld, die heeft gewerkt aan draagvlak voor de implementatie van het kader. Het kwaliteitskader is opgebouwd uit vijf pijlers, te weten 1) veiligheid en persoonsgerichte zorg, 2) forensisch vakmanschap, 3) organisatie van zorg, 4) samenwerken en 5) informeren over resultaten. De balans tussen zorgen voor veiligheid en vormgeven van herstelgerichte zorg (pijler 1) en de kennis en kunde die hiervoor nodig is bij professionals (pijler 2) vormt het hart van het kwaliteitskader. Vanuit deze twee pijlers moeten organisaties kijken wat ze zelf en wat ze in samenwerking moeten organiseren om kwalitatief goede en veilige zorg te leveren (pijler 3). In een breder kader geldt dit voor de samenwerking tussen en met (zorg)organisaties (in de keten) (pijler 4). De laatste pijler heeft betrekking op de manier van informatie verstrekken aan patiënten, naasten, professionals, Dienst Justitiële Inrichtingen in de rol van toezichthouder, toezichthouders en de maatschappij. Het betreft hier informatie over alle overige pijlers van het kwaliteitskader.

Bij pijler 2, vakmanschap, gaat het om het aannemen van een professionele grondhouding door professionals, methodisch werken volgens (zorg)standaarden, vanuit eigen expertise bijdragen aan het multidisciplinair team, zich houden aan de professionele standaard, ontwikkelen van bevoegd- en vakbekwaamheid, tijd en ruimte hebben binnen organisaties om te leren reflecteren en het aantrekkelijk houden van de sector voor de arbeidsmarkt.

Vanuit dit kwaliteitskader zal er door het forensische zorgveld de komende jaren structureel worden ingezet op het vergroten van het vakmanschap van forensische zorgprofessionals.

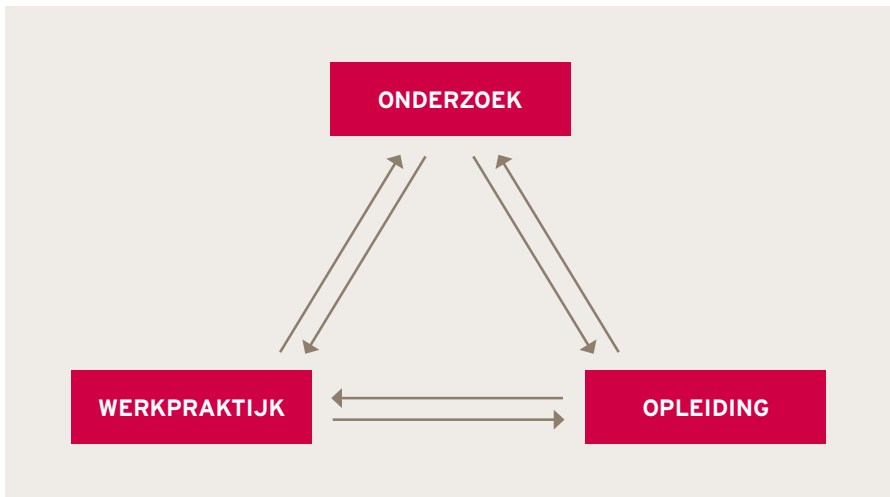


4

Lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg

Op 1 oktober 2020 is het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg gestart op Hogeschool Rotterdam. Dit lectoraat richt zich op het vakmanschap van (toekomstige) professionals in de forensische zorg. Het lectoraat is gepositioneerd binnen Kenniscentrum Zorginnovatie (KCZO) en Kenniscentrum Talentontwikkeling (KCTO) binnen de hogeschool. De focus van KCZI ligt op het bijdragen aan betere zorg aan en ondersteuning van cliënten. KCTO richt zich op het effectief ontwikkelen van de talenten van jongeren en (jong)volwassenen. In de focus van het lectoraat komen deze aandachtspunten samen, aangezien het werken aan talent van forensische zorgprofessionals ten dienste moet staan van de kwaliteit van de forensische zorgverlening en het vormgeven van de bejegening en behandeling van patiënten door professionals. Het lectoraat wordt gefinancierd door Fivoor, een koepel van instellingen voor forensische en hoog intensieve zorg en reclasseringstoezicht.

Voor projecten en onderwijs zal het lectoraat voornamelijk samenwerken met de opleidingen Verpleegkunde (Instituut voor Gezondheidszorg - IvG) en Social Work (Instituut voor Sociale Opleidingen - ISO). Het lectoraat legt vanuit deze positionering de verbinding tussen praktijk, onderzoek en onderwijs op het terrein van forensische zorg. In figuur 4.1 staat de uitwisseling tussen de pijlers waar het lectoraat zich op richt, schematisch weergegeven.



Figuur 4.1 Verbinding tussen onderzoek, praktijk en opleiding binnen het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg

In dit hoofdstuk zal ik het onderzoek binnen het lectoraat, de link met het onderwijs en de samenwerking met de werkpraktijk beschrijven.

4.1 Focusgebieden van het onderzoek

57

Het onderzoek dat het lectoraat initieert, moet bijdragen aan het vakmanschap van (toekomstige) professionals in de forensische zorg. De kern van dit vakmanschap ligt in *'het kunnen komen tot adequate (morele) oordeelsvorming en het handelen vorm geven conform dit oordeel'*. Dit vraagt om kennis, vaardigheden en een bepaalde houding van de professional.

Vanaf het eind van de jaren negentig van de vorige eeuw heeft het onderzoek binnen de forensische zorg een vlucht genomen. Dit heeft gezorgd voor een kennisfundament of *body of knowledge* op basis waarvan de professionals de bejegening en behandeling binnen de forensische zorg steeds beter en meer onderbouwd kunnen vormgeven.

De eerste onderzoekslijn van het lectoraat zal een bijdrage leveren aan het kennisfundament door onderzoek te verrichten naar *responsiviteit*. Responsiviteit is een begrip dat nauw samenhangt met de effectiviteit van de behandeling.

De tweede onderzoekslijn van het lectoraat heeft betrekking op *de coping-mechanismen van professionals en de wijze waarop ze (het beste kunnen) omgaan met de werkomstandigheden* in de forensische zorg. Deze professionals werken aan een complexe taak bij een potentieel gevaarlijke doelgroep. Recente ontwikkelingen, zoals personeelstekort, toegenomen werkdruk en relatieve verzwaring van de taakinhoud, zorgen dat het moeilijker wordt deze taak goed uit te voeren. Het lectoraat richt zich op de vraag hoe professionals de werkzaamheden langdurig adequaat kunnen uitvoeren. Begrippen als coping, aanpassingsgedrag en weerbaarheid spelen hierbij een rol.

De derde onderzoekslijn van het lectoraat richt zich op het *operationaliseren van werkzame elementen van interventies*, waarbij het gaat om de vertaling van (wetenschappelijke) inzichten in termen van werkzame elementen naar de toepassing daarvan in de praktijk. Het onderzoek zal zich toespitsen op het operationaliseren van de werkzame elementen in het creëren van het sociotherapeutisch leefklimaat.

Deze drie onderzoekslijnen verstevigen de kennisbasis die de professional nodig heeft om enerzijds adequaat een oordeel te vormen en anderzijds te handelen op basis van dit oordeel. Zo draagt onderzoek bij aan het verder ontwikkelen van het vakmanschap van de professionals in de forensische zorg. In het vervolg van dit hoofdstuk zal ik het onderzoek dat binnen het lectoraat centraal staat, nader toelichten.

4.2 Onderzoek naar responsiviteit bij bejegening en behandeling

De eerste onderzoekslijn binnen het lectoraat richt zich op *responsiviteit* in de bejegening en behandeling van patiënten in de forensische zorg. Het leidende model voor een effectieve behandeling in de forensische zorg is het RNR-model (Andrews & Bonta, 2006). Behalve op 'risk' en 'needs' heeft dit model betrekking op 'responsivity', oftewel responsiviteit. Dit RNR-model gaat ervan uit dat de intensiteit van de behandeling in balans moet zijn met de mate van risico van recidive (*risk principle* of risicoprincipe). Daarnaast moet de behandeling gericht zijn op factoren die samenhangen met delictgedrag (*needs principle* of criminogene behoefteprincipe), zoals vijandigheid, middelengebruik en sociaal relationele vaardigheden. Ten slotte moet de behandeling of behandelinterventie worden afgestemd op de (kenmerken van de) patiënt (*responsivity principle* of responsiviteitsprincipe).

Afgelopen decennia is veel onderzoek verricht naar het inschatten van recidiverisico. In het kader hiervan zijn onder andere risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld, waarin criminogene (dat wil zeggen: misdaadstimulerende) factoren het uitgangspunt vormen. Deze onderzoeken staan in het teken van het risico- en het criminogene behoefteprincipe. Naar het responsiviteitsprincipe is veel minder onderzoek gedaan (en daar is dus minder over bekend). Het is lastig om de behandeling af te stemmen op de kenmerken van de patiënt, omdat er een grote diversiteit aan patiëntkenmerken is die relevant (kunnen) zijn voor een bejegening en behandeling op maat. Denk hierbij aan kenmerken als behandelmotivatie, intellectuele capaciteiten, psychiatrische problematiek en etniciteit. Daarnaast kunnen ook kenmerken van de professional, zoals empathisch vermogen en stressbestendigheid, van invloed zijn op de effectiviteit van de behandeling.

Onderzoek moet eerst duidelijk maken wat onder responsiviteit wordt verstaan. Daarnaast moet onderzoek inzicht opleveren in welke kenmerken van patiënten samenhangen met de effectiviteit van behandeling en wat er (in de wetenschap) bekend is over deze kenmerken in relatie tot de bejegening en behandeling. Ook moet op basis van de huidige kennis duidelijk worden op welke manier professionals de bejegening en behandeling van patiënten het best responsief kunnen vormgeven.

Het onderzoek dat het lectoraat initieert, zal deels bestaan uit literatuuronderzoek en deels uit onderzoek in de werkpraktijk om tot nieuwe inzichten te komen en het handelen van professionals meer *evidence informed* te maken. Op basis van dit verkennende onderzoek zal het lectoraat een onderzoeksagenda voor toekomstig onderzoek opstellen. Dit kan ook de basis leggen voor vervolgonderzoek in de vorm van promotieonderzoek.

4.3 Onderzoek naar copingmechanismen van professionals

59

Het werk in de forensische zorg vraagt veel van professionals. Zij werken met patiënten die lijden aan zware psychopathologie en die potentieel gevaarlijk gedrag vertonen. Er is regelmatig sprake van agressie en/of dreiging en de groepsdynamiek is ingewikkeld. Om hiermee om te kunnen gaan, moeten professionals goede copingmechanismen hebben, dat wil zeggen: manieren om een probleem op te lossen of met een conflict om te gaan.

Er is op dit moment een personeelstekort in de sector. De werkdruk is toegenomen en door de ambulantisering is de problematiek en daarmee de taakhoud in de forensische zorg zwaarder geworden. Dit zorgt ervoor dat het voor professionals in de forensische zorg extra moeilijk is geworden hun taken goed uit te voeren en dat er een nog groter beroep wordt gedaan op hun copingmechanismen.

Vanuit behandelperspectief is er behoefte aan een responsieve benadering van patiënten. Maar de druk op professionals kan ertoe leiden dat ze die niet kunnen geven en op een andere manier handelen. Op het moment dat een professional onder druk staat, is de natuurlijke reactie namelijk om meer beheersmatig en/of procedureel te gaan handelen. Of de professional gaat de patiënt mijden of doet niets. Sectorbreed zie je nadat er incidenten hebben plaatsgevonden, vaak dat de focus vooral ligt op beheersen en beveiligen. Bij professionals kan dit zich vertalen in bijvoorbeeld afstand nemen van patiënten, repressief handelen, onverschilligheid en/of achterdocht. Dit staat een responsieve benadering van patiënten in de weg.

Er is echter weinig bekend over copingmechanismen van professionals in de forensische zorg en hoe deze beroepsgroep kan worden voorbereid op het adequaat omgaan met de werkomstandigheden.

Het lectoraat zal inzetten op inventariserend onderzoek. Dit zal enerzijds bestaan uit een literatuuronderzoek naar copingmechanismen van professionals. Daarnaast zal in de werkpraktijk van de forensische zorg onderzocht worden tegen welke moeilijkheden professionals aanlopen en hoe zij met deze moeilijkheden omgaan. Het onderzoek moet inzichten opleveren in hoe professionals goed kunnen omgaan met deze uitdagende omstandigheden. En hoe werkzaamheden in het kader van responsief handelen kunnen blijven worden uitgevoerd. Aangezien er nog relatief weinig bekend is over copingmechanismen onder professionals, zal aan de hand van het inventariserende onderzoek ook worden bepaald waar toekomstig of vervolgonderzoek zich op moet richten.

4.4 Vertaling van (wetenschappelijke) bevindingen naar praktisch handelen op de werkvloer

De afgelopen decennia is er flink veel basiskennis vergaard in de sector (hierover is meer te lezen in hoofdstuk 1). Een uitdaging waar het veld nu steeds meer voor komt te staan, is het laten landen van deze kennis op de werkvloer. Hiertoe is het van belang dat het veld kennisneemt van de inzichten. Maar wellicht nog wel belangrijker is dat het veld ook uit de voeten kan met de inzichten en onderzoeksresultaten. In het veld is er daarom steeds meer aandacht voor het implementeren van nieuwe inzichten en kennis in het behandelproces. Dat betreft de procesmatige focus. Daarnaast moeten de nieuwe inzichten en kennis vertaald worden naar de praktijk, zodat de professionals deze kunnen toepassen in hun forensische zorgpraktijk. Het lectoraat zet onderzoek in op het operationaliseren van werkzame elementen van interventies, meer expliciet van de werkzame elementen van het sociotherapeutisch leefklimaat.

Sociotherapie houdt zich bezig met het op methodische wijze vormgeven van een therapeutisch woon- en leefklimaat, dat eraan moet bijdragen dat een patiënt kan leren omgaan met zijn stoornis en/of handicap. Het sociotherapeutisch team levert 24-uurszorg. Deze zorg staat vaak ten dienste van de therapeutische behandeling die door bijvoorbeeld een (GZ-)psycholoog of psychiater wordt gegeven. Ook in behandelend opzicht liggen er mogelijkheden binnen het sociotherapeutisch leefklimaat. Maar het is nog een hele uitdaging om therapeutische behandeldoelen om te zetten naar hanteerbare doelen in het sociotherapeutisch leefklimaat. Aangezien het grootste deel van het leven van de patiënt in een gesloten setting zich afspeelt op de afdeling, is dit uitermate geschikt als ruimte om te experimenteren met gedragingen die van belang zijn in het echte leven in de samenleving. Denk bijvoorbeeld aan oefenen met sociaal gedrag.

Sociotherapeuten kunnen het woon- en leefklimaat op verschillende manieren vormgeven. Deze manieren kunnen verschillende effecten hebben op de behandeling van patiënten. Er is niet veel onderzoek voorhanden dat inzicht geeft in de effecten van de sociotherapie en al helemaal niet in het kader van de forensische zorg. Wel zijn er enkele onderzoeken uitgevoerd naar welke elementen binnen het groepswork en het leefklimaat een positief effect hebben op de behandeling in de forensische context (o.a. Flutters e.a., 2013; Schaftenaar, 2015; Boone e.a., 2016). De onderzoeksuitkomsten hebben geleid tot een algemene beschrijving van deze zogeheten 'werkzame elementen' van het leefklimaat in een forensische setting. Denk hierbij bijvoorbeeld aan het belang van de therapeutische relatie, het goed invullen van de dagbesteding van patiënten en het herstelgericht werken.

De beschrijvingen van de werkbare elementen blijven echter heel algemeen, waardoor de sociotherapeuten er in de praktijk lastig mee uit de voeten kunnen. Om deze elementen toe te kunnen passen in de praktijk, is een goede vertaalslag naar praktisch handelen nodig en dus inzicht in hoe die vertaalslag het best gemaakt kan worden. Hiervoor moeten inzichten vanuit het werkveld beschikbaar komen, door bijvoorbeeld te kijken naar *best practices*. Er is kwalitatief ingestoken onderzoek nodig, om inzichten uit het eerder uitgevoerde onderzoek nader te kunnen duiden. Er zal echter ook nog moeten worden bekeken hoe stevig de wetenschappelijke basis die in eerder onderzoek is gelegd, nu eigenlijk echt is. En in hoeverre er vanuit het lectoraat hier ook op moet worden ingezet om de *evidence base* te vergroten. Dit onderzoek kan zowel het wetenschappelijk onderzoek als de uitvoeringspraktijk in de forensische zorg verder brengen. Professionals kunnen met de inzichten uit dit onderzoek bewuster en concreter handelen.

Het lectoraat zal voor dit onderzoek onder andere de afstudeeronderzoeken van studenten Social Work en Verpleegkunde in de leerwerkgemeenschap van Fivoor inzetten. In paragraaf 4.5 zal ik hier nader op ingaan.

4.5 Lectoraat vakmanschap forensische zorg en het onderwijs

De afgelopen jaren is er in het veld meer aandacht gekomen voor professionalisering en deskundigheidsbevordering van professionals in de forensische zorg. Deze professionals moeten, zeker gezien de eerder beschreven recente ontwikkelingen in de sector, goed voorbereid worden op de complexe taakstelling en grote verantwoordelijkheid die bij hun professie horen. Ze blijken daar nu lang niet altijd voldoende bekwaam in te zijn. Vanuit het werkveld zijn verschillende initiatieven ingezet om hen goed voor te bereiden, zoals de Forensische Leerlijn en het Programma Forensisch Vakmanschap (zie hoofdstuk 3). Wat echter in de basis ontbreekt, is een brede structuur van opleidingen die opleiden voor het werken in de forensische zorg. In verschillende grote onderzoeken naar het tbs-systeem of de forensische zorg worden soortgelijke conclusies getrokken (o.a. Inspectie voor de gezondheidszorg, 2001; Kamerstukken II 2005/06, 30250, nr. 5, 2006; Andersson Elffers Felix, 2020; Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming, 2020). De onderzoeksrapporten bevatten de uitdrukkelijke aanbeveling om in het initiële onderwijs aandacht te geven aan specialistisch opleiden voor de sector.

Binnen het initiële onderwijs zien we echter juist de ontwikkeling tot het meer (ook op landelijk niveau) generiek opleiden van studenten. Een goede illustratie hiervan is het in september 2016 samengaan van de opleidingen Culturele en Maatschappelijke Vorming (CMV), Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD),

Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) en Pedagogiek in de opleiding Social Work. Deze opleiding bestaat nu uit een brede basis aangevuld met meer specialistische uitstroomprofielen. Social Work en Verpleegkunde zijn nu de twee hbo-opleidingen van waaruit studenten als VOV-personeel instromen in de forensische zorg. Het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg werkt dan ook nauw samen met deze twee opleidingen.

Binnen Hogeschool Rotterdam is de opleiding Social Work de meest geëigende plek voor het doceren van kennis en kunde over het werken in het gedwongen kader en in de forensische zorg. De eerste twee leerjaren van de (voltijd)studie bestaan uit een basisprogramma met thema's zoals 'superdiversiteit', 'inclusie', 'macht en onmacht' en 'kwaliteit van leven'. Het betreft brede thema's waarbij het thema 'macht en onmacht' het sterkst raakt aan het werken in het gedwongen kader. Voor aanvang van leerjaar 3 kiezen studenten voor een specifieke richting, oftewel een profiel. De profielen waaruit zij kunnen kiezen zijn 'Jeugd', 'Welzijn en Samenleving', 'Zorg' (route Zorg of GGZ). Het profiel 'Zorg' (route GGZ) ligt het meest in lijn met de focus van het lectoraat. Het derde jaar bestaat uit een stage binnen een zogeheten leerwerkgemeenschap (LWG). In een LWG werkt de student in de beroepspraktijk samen met andere studenten, professionals uit het veld, docenten van de hogeschool en onderzoekers. De personen die hierin participeren hebben een gedeelde expertise en passie voor een gedeeld doel (Wenger & Snyder, 2000). In deze stageperiode van de bacheloropleiding worden de studenten dus in de werkpraktijk opgeleid tot startbekwame professionals. Fivoor is een koepel van instellingen in de buurt van Rotterdam die forensische zorg verlenen. In de LWG van Fivoor zijn FPC Kijvelanden maar ook instellingen voor ambulante en overige forensische zorg (FPK en FPA) aangesloten. Ook de penitentiaire inrichting (PI), de reclassering, zorgorganisatie Humane Zorg en een detentiecentrum hebben een LWG waar studenten stage kunnen lopen.

In de opleiding Verpleegkunde is het forensische zorgaanbod beperkter. En dat terwijl in de forensische zorg relatief veel verpleegkundigen werkzaam zijn. Ook voor deze groep professionals geldt dat zij in nauw contact met patiënten een relevante bijdrage leveren aan de begeleiding en behandeling van patiënten. Dit vraagt om specifieke kennis die vanuit de opleiding nu beperkt wordt meegegeven. Binnen de opleiding Verpleegkunde ligt de nadruk op de somatische kant van de problematiek. Omdat de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg ook steeds vaker te maken krijgt met personen met complexere psychiatrische problematiek of verward gedrag, zou het goed zijn als in de opleiding meer aandacht kwam voor de sociale psychologie. Daarnaast zouden er meer mogelijkheden moeten komen voor het specialisme van het werken als verpleegkundige in de forensische zorg. Aandachtspunt daarbij is dat de opleidingen Social Work en Verpleegkunde hun aanbod toespitsen op hun eigen taak in het veld.

Het lectoraat zal inzetten op curriculumontwikkeling. Dit ontwikkelen moet gebeuren in samenspraak met de betreffende onderwijsontwikkelaars en -managers binnen de opleidingen. Veel specialistische kennis vanuit de forensische zorg is, zeker in het licht van ontwikkelingen als de ambulantisering, steeds breder toepasbaar. Zo krijgen, zoals gezegd, steeds meer social workers en verpleegkundigen in de reguliere zorg te maken met patiënten met ernstige psychopathologie, agressie en overige vormen van acting-outgedrag. Zij zouden dus gebaat zijn met kennis van deze problematiek. Deze kennis zou daarom breder in het curriculum van toegevoegde waarde kunnen zijn. Maar er is weinig ruimte in de reguliere curricula voor het opnemen van nieuwe onderdelen. Het lijkt dus lastig om via deze weg specifieke kennis van het forensische zorgveld in de opleidingen te integreren. Echter, ook al lijkt het wellicht op zwemmen tegen de stroom in, daar liggen wel degelijk mogelijkheden. Zo zal er worden aangehaakt bij hieraan gerelateerde onderwerpen in het reguliere curriculum van Social Work en Verpleegkunde, dat momenteel wordt vernieuwd via het zogenaamde Ontwikkelatelier. Op die manier wordt naar mogelijkheden gezocht om in het bacheloronderwijs zo veel mogelijk de wensen van de beroepspraktijk mee te nemen.

Naast het reguliere curriculum van Social Work en Verpleegkunde zijn er ook aan forensische zorg gerelateerde minoren die studenten in hun derde jaar kunnen volgen, zoals de minor Werken in het Gedwongen Kader, de minor Psychiatrie in de praktijk van alledag, de minor CONNECT omgaan met verward gedrag en de minor Geweld tegen Hulpverleners.

Naast het versterken van de bacheloropleidingen Social Work en Verpleegkunde, zal het lectoraat kijken naar de mogelijkheden voor nieuwe specialistische opleidingen. Vanuit het Programma Forensisch Vakmanschap is een leerdoelen-document opgeleverd (zie paragraaf 3.2) met daarin expliciet de leerdoelen voor de professionals in de forensische zorg. Gekeken zal worden hoe deze leerdoelen zich verhouden tot de leerdoelen en de inhoud van de opleidingen, in het kader van een doorlopende leerlijn. Mogelijke specialistische opleidingen zouden zijn een *Associate Degree* Forensische Zorg en een masteropleiding Forensische Zorg.

4.6 Plannen van het lectoraat voor het onderwijs geconcretiseerd

Het lectoraat zal verschillende initiatieven ondernemen om in de opleidingen specialistische kennis mee te nemen voor de (toekomstige) professionals in de forensische zorg. Er wordt gekeken naar mogelijkheden om de curricula van de opleidingen Social Work en Verpleegkunde te versterken met forensische

zorgkennis, de specifiek op forensische zorg gerichte LWG's uit te breiden, het extra-curriculaire onderwijs aan te vullen en te versterken en nieuwe opleidingen op te zetten. Deze mogelijkheden worden in de volgende paragrafen toegelicht.

4.6.1 Bekendheid en een reëel beeld creëren van de forensische zorgsector

In de samenleving heeft men vaak geen helder beeld bij forensische zorg. Dat geldt ook voor studenten. En als mensen hier wel een beeld bij hebben, is dit vaak gebaseerd op wat zij hierover in de media hebben gehoord. Omdat de media vaak eenzijdige aandacht voor zware incidenten hebben, ontstaat er veelal een negatief beeld. Om als student een afgewogen keuze te kunnen maken voor een specialisatie of een loopbaan in deze richting, is het van belang dat zij een reëel beeld hebben van wat (het werken in) deze sector inhoudt.

Om hier concreet invulling aan te geven, zal het lectoraat voor de eerste jaren van de opleidingen Social Work en Verpleegkunde een Introductie Forensische Zorg opzetten. Hierin zal aandacht zijn voor wat de forensische zorg inhoudt, wat de doelstellingen zijn, welke patiëntpopulaties daar voorkomen, hoe de behandeling globaal wordt vormgegeven en wat ongeveer de effectiviteit is. Bij deze introductie zullen ervaringsdeskundigen worden betrokken.

Binnen de minor Werken In het Gedwongen Kader (WIGK) heeft een theatergroep bestaande uit tbs-gestelden en begeleiders op Hogeschool Rotterdam een aantal scènes gespeeld voor studenten en docenten, die een goed beeld geven van situaties in de werkpraktijk. In deze theatergroep spelen begeleiders en de tbs-gestelden ook elkaars rollen, waardoor bij het publiek niet direct helder is of de betreffende persoon een patiënt of professional is. Bij de Introductie Forensische Zorg zal deze onderwijsvorm ook worden ingezet. Dit moet bijdragen aan een reëel beeld van het werken in de sector en de interesse bij studenten wekken.

4.6.2 Forensische zorg binnen het uitstroomprofiel 'Zorg' van Social Work

Studenten Social Work kiezen in jaar 3 voor een specifiek profiel. Studenten die interesse hebben in werken in de forensische zorg, kiezen met name het profiel 'Zorg' (route GGZ). Het is belangrijk dat dit profiel voldoende aansluit bij de relevante en meest recente kennis uit de sector. Daarbij heb ik eerder al opgemerkt dat veel van deze specialistische kennis ook steeds relevanter wordt voor de geestelijke gezondheidszorg in bredere zin, doordat de problematiek van de ggz-populatie relatief zwaarder wordt. Steeds meer professionals krijgen ook in die sector te maken met werksituaties waarin ze moeten omgaan met complexe psychopathologie, acting-outgedrag en/of agressie. Dit sterkt het belang van een goede voorbereiding van (toekomstige) professionals.

Het lectoraat zal met docenten en curriculumverantwoordelijken de mogelijkheden bekijken om het curriculum van het uitstroomprofiel 'Zorg' te versterken met (recente) inzichten vanuit de forensische zorg.

65

4.6.3 Uitbreiden van aan forensische zorg gerelateerde leerwerkgemeenschappen

Er zijn verschillende leerwerkgemeenschappen (LWG's) binnen Hogeschool Rotterdam die forensisch georiënteerd zijn. De focus ligt daar voornamelijk op de klinische praktijk of op de reclasseringspraktijk. Het lectoraat kijkt naar mogelijkheden om de LWG's uit te breiden met plekken gericht op bijvoorbeeld de ambulante forensische zorg en de forensische zorg in de BW/MO-sector. Daarmee krijgen studenten de mogelijkheid om binnen het brede spectrum van de forensische zorg gericht te kiezen voor een deelsector waarin zij ervaring willen opdoen. Er zal vanuit de werkpraktijk van deze LWG's een inventarisatie komen van welke vraagstukken daar spelen. Het lectoraat zal in aansluiting daarop afstudeeronderzoeken opzetten.

In de LWG van Fivoor participeerden afgelopen jaren ongeveer tien studenten. Het lectoraat heeft de mogelijkheden voor het uitbreiden van deze LWG bekeken en kunnen bewerkstelligen. Vanaf september 2021 loopt er daar een pilot met twee stageplaatsen in de ambulante forensische zorg. Daarnaast komen er vijf plaatsen bij binnen de FPA en FPK. In totaal zullen er per studiejaar zeventien plaatsen voor studenten Social Work beschikbaar komen in de LWG van Fivoor. In het vierde jaar Social Work kunnen studenten hun bachelorproef uitvoeren in de LWG. Binnen de gecombineerde LWG van de reclassering en zorginstelling Humane Zorg lopen nu zeven studenten stage, die in jaar 4 hier ook hun afstudeeronderzoek uitvoeren.

Het lectoraat voert verder inmiddels verkennende gesprekken met Antes en Humanitas DMH (Dienstverlening aan Mensen met een Hulpvraag) voor het opzetten van een LWG. Bij Antes zou de focus komen te liggen op begeleid wonen voor forensische cliënten met verslavingsproblematiek. En bij DMC Humanitas op ambulante begeleiding van forensische cliënten met een licht verstandelijke beperking.

4.6.4 Versterken van aan forensische zorg gerelateerde minoren

In het laatste jaar van de opleidingen Social Work en Verpleegkunde kunnen studenten kiezen voor een specialistische minor. Hogeschool Rotterdam biedt verschillende aan forensische zorg gerelateerde minoren aan. In deze minoren is er aandacht voor onder andere ziektebeelden, verward gedrag en agressie. Vanuit het lectoraat ga ik samen met docenten en curriculumverantwoordelijken mogelijkheden verkennen om de minoren te versterken met (recente) inzichten vanuit de forensische zorg. Hierin zullen we ook bezien hoe deze minoren zich inhoudelijk tot elkaar verhouden en welke inhoud waar het beste belegd kan worden.

4.6.5 Opzetten van een masteropleiding Forensische Zorg

Er is een behoefte aan basisopleidingen voor de forensische zorg. Het lectoraat zal, naast interventies in het bacheloronderwijs, inzetten op de ontwikkeling van nieuwe opleidingen. Het eerste initiatief in dit kader is het opzetten van de masteropleiding Forensische Zorg. Bij de opzet van deze opleiding zal nauw worden aangesloten bij de leerdoelen uit het Programma Forensisch Vakmanschap (Nellissen e.a., 2021). Deze leerdoelen zijn in nauwe samenwerking met professionals uit de forensische zorg opgesteld en beschreven in termen van benodigde kennis, vaardigheden en attitudeaspecten. Gezamenlijk geven die invulling aan het vakmanschap van de forensische zorgprofessional (voor meer informatie over het Programma Forensisch Vakmanschap zie hoofdstuk 3).

Een masteropleiding is een opleiding op niveau 7 van het Nederlands Kwalificatieraamwerk (Engels: NLQF) en zit hiermee een niveau hoger dan de bacheloropleiding op hbo- of wo-niveau. Het idee is om een tweejarige masteropleiding Forensische Zorgspecialist te ontwikkelen, voor professionals die werkzaam zijn in de forensische zorg en (minimaal) in het bezit zijn van een hbo-diploma. De opleiding vindt deels plaats op locatie van de hogeschool en (groten)deels in het veld als onderdeel van werkzaamheden. De opleiding richt zich op het VOV-personeel op de werkvloer, zoals sociotherapeuten, maatschappelijk werkers en verpleegkundigen. In de opleiding zal aandacht zijn voor de relevante kennis en vaardigheden voor deze professionals, die ze nodig hebben om adequaat een oordeel te kunnen vormen en daarnaar te handelen.

Ook zal in de master het vertalen van wetenschappelijke inzichten naar praktisch handelen centraal staan. De professional moet een ondersteunende en coachende rol kunnen vervullen naar overige medewerkers op de werkvloer. En deze professional moet een brug kunnen slaan tussen de werkvloer en de behandelverantwoordelijken, zoals (GZ-)psychologen en psychiaters. De verschillende beroepsgroepen spreken namelijk vaak niet elkaars taal en er is ruimte voor verbetering van de inhoudelijke afstemming. Mogelijk zou de masteropgeleide professional taken kunnen overnemen van de (GZ-)psycholoog of psychiater. Er wordt gedacht aan het opleiden tot een nieuwe functie, in de lijn met de positie van de verpleegkundig specialist ten opzichte van de verpleegkundige. Zo kan de master opleiden tot een uitvoerend specialist forensische zorg.

Bij voldoende draagvlak vanuit het werkveld kan er eventueel toegewerkt worden naar een zogeheten 'bekostigde' masteropleiding. Dat wil zeggen dat het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap de opleiding deels subsidieert en daarmee gaat het schoolgeld aanzienlijk omlaag. Hogeschool Rotterdam zal deze opleiding ontwikkelen, maar verkent ook mogelijkheden tot samenwerking met andere hogescholen.

Binnen Hogeschool Rotterdam is er een werkgroep 'kennis en vaardigheden in de forensische zorg' opgezet. Deze bestaat uit vijf docenten, een onderzoeker en collega-lector die affiniteit hebben met werken in het gedwongen kader/forensische zorg en een link hebben met het onderwijs op dit vlak. Veel van hen hebben ook een achtergrond van werken in de sector. Het lectoraat zal met deze groep samenwerken bij het opzetten van de masteropleiding.

4.6.6 Mogelijkheden verkennen voor een Associate Degree Forensische Zorg

Mede door de ambulantisering neemt de vraag naar forensische zorg in sectoren met een lager beveiligingsniveau, zoals bij BW/MO, toe. En in bijvoorbeeld het gevangeniswezen komt er steeds meer vraag naar een forensische zorgaanpak. In de gevangnissen werken relatief veel mbo-opgeleide professionals. Forensische zorg vraagt van professionals om minder protocollair te werken en meer vanuit een onderzoekende houding te handelen. Dit vraagt vaak om een hbo-werk/denkniveau. Het lectoraat richt zich op de ontwikkeling van een *Associate Degree* (AD) Forensische Zorg om aan deze behoefte tegemoet te komen.

Een *Associate Degree* is een tweejarige hbo-opleiding op het niveau NLQF 5 en hiermee een niveau hoger dan mbo-4 en een niveau lager dan de vierjarige bacheloropleiding op hbo/wo-niveau. Het betreft (ook hier) een opleiding die de student in combinatie met een baan in het veld doorloopt en invult. Mbo-4-opgeleide professionals kunnen met een *Associate Degree* laagdrempelig en praktijkgericht opgeleid worden tot hbo-opgeleide professionals. In de *Associate Degree* Forensische Zorg komt er aandacht voor methodisch werken en het meer op maat inzetten van de begeleiding en behandeling van gedetineerden/cliënten/patiënten. Hierin past ook een versterking van de theoretische basis vanwaaruit de professionals werken. Na het volgen van deze *Associate Degree* zijn professionals meer bekwaam in het nemen van goede besluiten in het kader van de begeleidende en uitvoerende uitdagingen waar ze voor staan.

4.6.7 Afsluitend

Aan de hand van de leerdoelen uit het Programma Forensisch Vakmanschap bekijkt het lectoraat hoe de verschillende opleidingsinitiatieven zich tot elkaar verhouden en waar welke inhoud belegd moet worden. Op die manier wordt het opleidingscontinuüm inzichtelijk. Er ligt veel materiaal dat de afgelopen jaren in de forensische zorg is ontwikkeld en waar voor de opleidingsinhoud gebruik van kan worden gemaakt. Zo zijn daar de kennis en inzichten uit het programma Kwaliteit Forensische Zorg en de modules uit de Forensische Leerlijn. Ook het onderzoek dat het lectoraat initieert zal op termijn bijdragen aan de inhoud van de opleidingen.

4.7 Relatie van lectoraat tot andere lectoraten binnen de hogeschool

Het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg is onderdeel van twee kenniscentra: KCZI en KCTO. Het lectoraat heeft diverse raakvlakken met andere lectoraten en onderzoeken binnen deze kenniscentra.

Zo werkt het lectoraat Disability Studies in het project 'Mijn Pad' aan de zelfregie van jongeren met complexe problematiek die in een residentiële instelling verblijven. Ook het inzetten van ervaringsdeskundigheid en het omgaan met patiënten met een licht verstandelijke beperking zijn binnen dit lectoraat onderwerpen die raken aan het vakmanschap in de forensische zorg.

Het lectoraat Jeugdpreventie werkt aan preventieve oplossingen waarmee risicovolle (seksespecifieke) ontwikkelingspaden die leiden naar psychopathologie bij kinderen en jongeren, kunnen worden omgebogen naar gezonde ontwikkelingspaden. Dit kan ervoor zorgen dat deze personen later in het leven niet in aanraking komen met de forensische zorg. Vanuit de forensische zorg kan weer worden meegedacht over zaken waar preventieve inzet van belang is.

Het lectoraat Transitie in de Zorg richt zich op de ondersteuning van eigen regie en zelfmanagement bij patiënten in de zorg die zij van professionals krijgen. Ook het bevorderen van de vitaliteit en de gezondheid van professionals staat in dit lectoraat centraal. Het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg participeert in een onderzoek naar het versterken van (de effectiviteit van) de ondersteuning van zelfmanagement door verpleegkundigen bij personen met een chronische aandoening. Een van de patiëntgroepen waar het onderzoek zich op richt is de groep forensische psychiatrische patiënten.

Het lectoraat Technische Innovaties in de Zorg richt zich op onderzoek en ontwikkeling van technologie om de zorgpraktijk te verbeteren. Hier liggen wellicht ook mogelijkheden om professionals in de forensische zorg bekwaamer te maken voor hun complexe taak.

In het lectoraat Inclusieve Arbeid (dat valt onder KCTO) staat het vakmanschap van professionals in meer algemene zin centraal, en de manier waarop zij het best kunnen omgaan met de werksituatie. Hier ligt een duidelijke link met de focus van het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg op de copingmechanismen van professionals in deze sector.

Inhoudelijk is er ook een link met het lectoraat Pedagogische professionaliteit. Dit lectoraat richt zich in het onderzoek op het versterken van de pedagogische

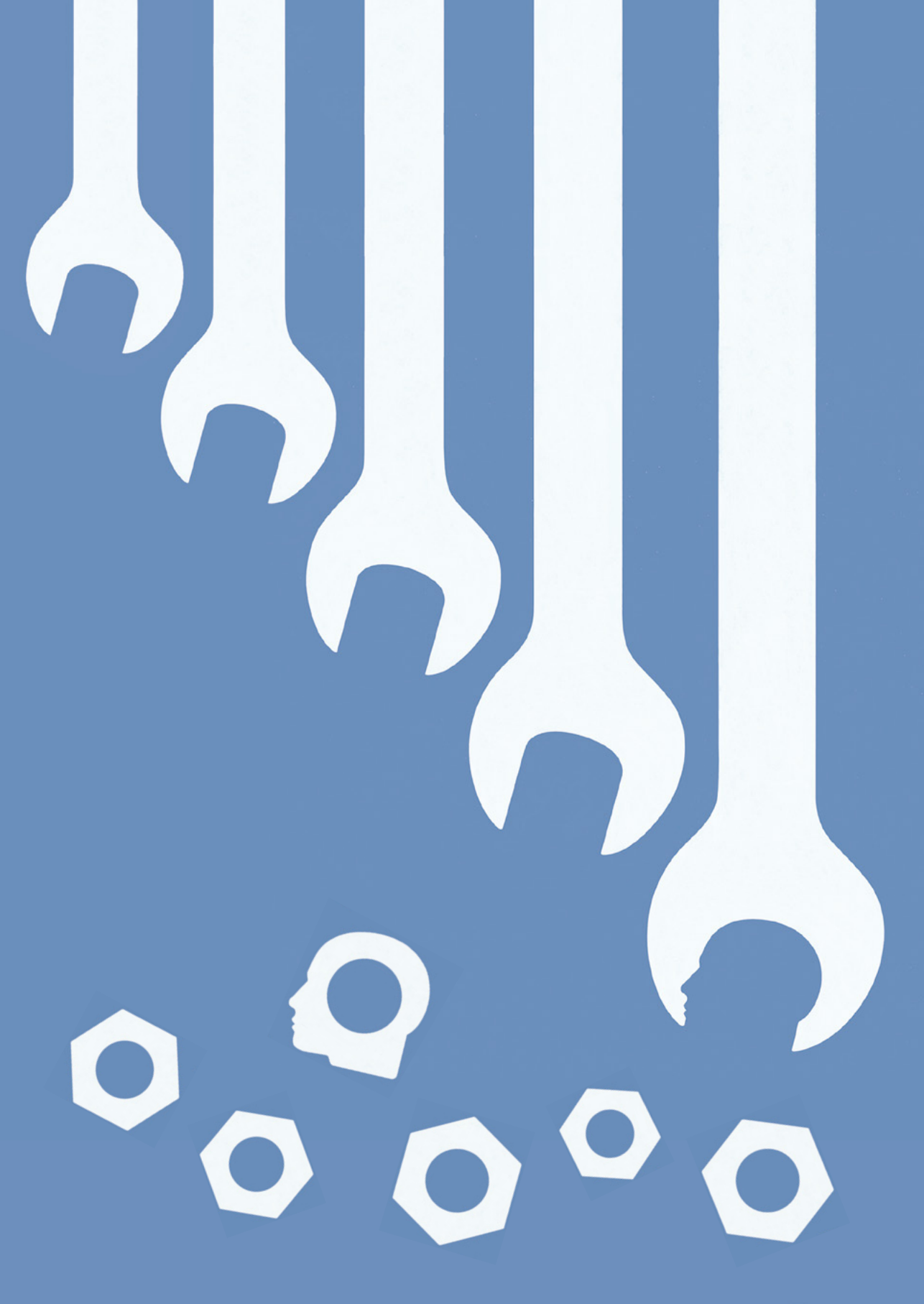
professionaliteit van (aankomende) leraren. Zo heeft dit lectoraat onder andere onderzoek gedaan naar dilemma's in de beroepspraktijk van docenten. Met deze zogeheten 'bumpy moments' hebben professionals in de forensische zorg ook te maken. De forensische zorg kent hiervoor het moreel beraad. De twee sectoren kunnen hierin mogelijk van elkaar leren.

Het lectoraat Professionele identiteit werkt onder andere aan de beroepsidentiteit van de social worker. Ook binnen de forensische zorg is er behoefte aan een beroepsidentiteit (onder andere bij de sociotherapeuten) om inzichtelijk te krijgen waar de beroepsgroep verantwoordelijk voor is en hoe dit zich verhoudt tot de verantwoordelijkheden van de andere beroepsgroepen. In samenwerking kan ook worden bekeken wat de positie van de social worker is ten opzichte van de positie van de forensische zorgprofessional, en waar het beroepsprofiel van de social worker aangevuld kan worden met kennis en inzichten vanuit de forensische zorg die voor een bredere groep relevant zijn.

Het lectoraat Begeleidingskunde richt zich onder andere op de implicaties van het begeleiden van professionals in complexe systemen, waaronder het gevangeniswezen en de forensische zorg. Hier ligt een directe link met het bekwaam maken van professionals in de forensische zorg voor hun complexe taak.

Ten slotte focust het lectoraat Integrale Curriculumontwikkeling op het ontwerpen en ontwikkelen van samenhangende, doceer- en studeerbare curricula. Het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg bekijkt op welke manier competentieontwikkeling voor het werken in de forensische zorg een plek kan krijgen in de opleiding. Hiervoor wordt gekeken naar mogelijkheden in de reguliere curricula van Social Work en Verpleegkunde, maar wordt er ook ingezet op het ontwikkelen van een *Associate Degree* Forensische Zorg en een masteropleiding Forensische Zorgspecialist. Om te komen tot een doorlopende leerlijn kan de samenwerking met het lectoraat Integrale Curriculumontwikkeling waardevol zijn.

Verder is het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg aangesloten bij het lectorenplatform 'Samenwerken aan zorg en veiligheid' waarin diverse lectoren van diverse hogescholen participeren, met een focus op het werken in het gedwongen kader en/of werken met personen met een psychiatrische aandoening.



5

Resumé

Forensische zorg wordt opgelegd aan personen met een psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een ernstig strafbaar feit hebben gepleegd. De kans dat deze personen zonder vorm van behandeling opnieuw delicten plegen, wordt daarbij groot geacht. Doelstelling van de forensische zorg is dan ook om recidive bij forensisch psychiatrische patiënten te voorkomen, om zodoende de veiligheid in de samenleving te borgen. Dat gebeurt door begeleiding en behandeling voor deze patiënten door professionals. De professionals die hieraan invulling moeten geven staan voor een lastige taak en hebben een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid.

5.1 Vakmanschap

Het adequaat kunnen uitvoeren van werkzaamheden vraagt om vakmanschap. Voor professionals in de forensische zorg komt dit vakmanschap in essentie neer op *'het kunnen komen tot adequate (morele) oordeelsvorming en het handelen vormgeven conform dit oordeel'*. Om dat te kunnen, maken professionals gebruik van kennis, vaardigheden, attitude en overige persoonlijke eigenschappen.

Voor vakmanschap is een *body of knowledge* onontbeerlijk. Deze is in de forensische zorg lange tijd niet voorhanden geweest. Pas aan het eind van de negentiende eeuw kwam er een grotere focus op *evidence based* werken. Onder andere het parlementair onderzoek naar de tbs-maatregel en de productontwikkeling binnen KFZ hebben gezorgd voor een aanzienlijke toename van deze kennisbasis. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor (het werken aan) vakmanschap.

Door personeelstekorten, toegenomen werkdruk en taakverzwaring als gevolg van de ambulantisering hebben professionals te maken met een complexere doelgroep en minder mogelijkheden om deze patiënten te motiveren en corrigeren. Werken met deze patiënten doet in toenemende mate een beroep op het vakmanschap van professionals.

In de Meerjarenovereenkomst Forensische Zorg 2018-2022 is stevig ingezet op het bereiken van de arbeidsmarkt en op deskundigheidsbevordering van professionals in de forensische zorg. Zo moest onder andere een campagne zorgen voor extra personeel en moet het verminderen van allerlei registratie-eisen ervoor zorgen dat er weer meer tijd komt voor patiëntcontact. Daarnaast is er een vakmanschaps-programma in het veld opgezet. Hierin is het begrip *forensisch vakmanschap* nader gedefinieerd en zijn relevante competenties uitgewerkt in leerdoelen voor de professionals. Dit moet een inhoudelijke impuls geven aan het werken aan vakmanschap in de sector. Daarnaast is het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg gestart, waarvan ik de plannen in het voorliggende boekje heb gepresenteerd.

5.2 Onderzoek binnen het lectoraat

73

Het lectoraat richt zich op onderzoek dat aansluit bij de bestaande *body of knowledge*. Het onderzoek zal deze kennisbasis ook verbreden. Het lectoraat zal onderzoek doen naar hoe de professional de bejegening en behandeling van patiënten zo kan vormgeven dat deze aansluiten bij de specifieke kenmerken van de betreffende patiënt. Inzichten uit dit onderzoek geven de professional extra mogelijkheden om de behandeling meer op maat aan te bieden. Dit heeft invloed op de effectiviteit van de behandeling.

Daarnaast komt er onderzoek naar de manier waarop professionals omgaan met de uitdagende werkomstandigheden in de forensische zorg. Als de druk toeneemt kan dit ertoe leiden dat professionals meer beheersmatig of procedureel gaan werken of juist afstand gaan nemen van patiënten. Een dergelijke handelwijze staat een responsieve benadering van patiënten in de weg. Onderzoek moet dus uitwijzen hoe professionals met spanning omgaan en wat hen kan helpen om de uitdagende werkomstandigheden het hoofd te bieden.

Naast het leveren van een bijdrage aan de *body of knowledge* zet het lectoraat in op onderzoek naar het vertalen van (wetenschappelijke) inzichten naar praktisch handelen. Primair richt het onderzoek in deze onderzoekslijn zich op de verondersteld werkzame elementen van het sociotherapeutisch leefklimaat. Werkzame elementen, zoals de therapeutische relatie en het herstelconcept, zijn in de wetenschap op een zo geaggregeerd niveau beschreven dat deze voor zeer diverse interpretatie vatbaar zijn. Onderzoek in de praktijk moet uitwijzen wat goed en minder goed werkt, om de vertaling naar de praktijk te kunnen maken.

5.3 Onderwijs binnen het lectoraat

Het lectoraat kent een nauwe samenwerking met de opleidingen Social Work en Verpleegkunde. Het is belangrijk dat in deze opleidingen ruimte komt voor kennis en inzichten vanuit onderzoek en het werkveld van de forensische zorg. In samenspraak met onderwijsontwikkelaars en -managers zal het lectoraat kijken waar het bestaande curriculum deze ruimte biedt. Binnen het uitstroomprofiel 'Zorg' (route GGZ) van de opleiding Social Work en de minoren die gerelateerd zijn aan het werken in een gedwongen kader of het werken met personen met een psychiatrische achtergrond, is het doel om de inhoud beter te laten aansluiten bij de wetenschappelijke stand van zaken in de forensische zorg. Daarnaast zal het lectoraat werken aan het opzetten van nieuwe en het uitbreiden van bestaande aan forensische zorg gerelateerde LWG's, om studenten Social Work en Verpleegkunde de mogelijkheid te geven om werkervaring op te doen in de forensische zorg.

Naast het inbrengen van kennis en inzichten in de bestaande opleidingen, wil het lectoraat de masteropleiding Forensische Zorgspecialist en de *Associate Degree* Forensische Zorg ontwikkelen. De masteropleiding richt zich op het opleiden tot forensische zorgspecialist; dat is een professional die (wetenschappelijke) inzichten kan toepassen in en vertalen naar de werkvloer en die de brug kan slaan tussen deze werkvloer en de behandelaren/behandelverantwoordelijken in de organisatie. Met de *Associate Degree* Forensische Zorg kan een mbo-opgeleide professional in de forensische (zorg)sector worden opgeleid tot forensische zorgprofessional op hbo-niveau (niveau 5). Binnen onder andere het gevangeniswezen en de BW/MO is een grote groep mbo-opgeleide professionals werkzaam, van wie steeds meer een op forensische zorg georiënteerde aanpak wordt gevraagd. Dit vraagt om specialistisch opleiden, waaraan deze *Associate Degree* tegemoetkomt. Beide opleidingen voorzien in een prangende opleidingsbehoefte in het veld.

Hiernaast zal het lectoraat kijken naar het gehele opleidingscontinuüm, inclusief het opleidingsaanbod gericht op forensische zorg in de bacheloropleidingen Social Work en Verpleegkunde. De *Associate Degree*, de bachelors en de master moeten zich qua inhoud en verdieping op een adequate en heldere manier tot elkaar verhouden.

5.4 Mijn droom...

Toen ik 23 jaar geleden als sociotherapeut in FPC Dr. S. van Mesdag kwam werken, viel mij de grote gedrevenheid van professionals op. Professionals die zich met hart en ziel inzetten om het goede te doen. Bewust van de grote maatschappelijke verantwoordelijkheid die zij met de werkzaamheden droegen en trots om een bijdrage te mogen leveren aan de zeer belangrijke doelstelling van de tbs-maatregel. En dit speelde zich af in een tijd die niet gemakkelijk was voor de forensische zorg. Binnen de sector ontbrak het veelal nog aan een heldere behandelvisie en de behandeling werd nog veelal als een *black box* gezien. Maar de professionals roeiden met de riemen die ze hadden.

De afgelopen decennia zijn er flinke stappen gezet in de professionalisering, wat heeft gezorgd voor een grotere *evidence base* voor het werken in de forensische zorg. Hierdoor is er meer zicht gekomen op de inhoud van de *black box*. Maar terwijl de professionalisering toeneemt, neemt de maatschappelijke tolerantie voor de risico's juist af. Waar incidenten eerder werden beschouwd als een soort 'beroepsrisico', is er nu een tendens dat professionals erop worden aangekeken en er verantwoordelijk voor worden gehouden. De eenzijdige berichtgeving in de media over incidenten heeft hier zeker aan bijgedragen en is bepalend voor het imago van de sector. Professionals zijn daardoor meer risicogericht gaan handelen en concessies gaan doen aan patiëntvrijheden en het recht op zelfbeschikking van de patiënt.

Het personeelstekort en de toegenomen werkdruk in de sector voeren momenteel de druk op professionals nog meer op. Professionals ervaren in het werk nu ook vaker gevoelens van onveiligheid. Zij verrichten daarom soms hun werkzaamheden in een overlevingsmodus. In die modus hebben ze steeds minder ruimte voor het patiëntcontact en minder ruimte om de bejegening en behandeling van patiënten naar hun oordeel als vakman en -vakvrouw vorm te geven.

Mijn droom is dat professionals weer trots kunnen zijn op hun werk. Dat zij vanuit intrinsieke motivatie de werkzaamheden weer goed kunnen (en willen) neerzetten, omwille van het werk zelf. De afgelopen decennia is er in de sector een kennisbasis gelegd, waardoor de uitgangspositie zoveel beter is dan in de tijd van toen. Behandelinhoudelijk is de focus daarnaast niet meer eenzijdig gericht op het verminderen van het risico van patiënten en het beveiligen van de maatschappij, maar is er steeds meer aandacht voor herstelgericht werken. Deze focus zie ik graag doorgetrokken worden, met een nog grotere focus op herstel van de patiënt. Dat vereist meer dan ooit tevoren een persoonsgerichte benadering van patiënten. En doet daarmee meer dan ooit tevoren een beroep op het vakmanschap van professionals. De komende jaren gaan nieuwe inzichten rondom responsiviteit professionals handvatten geven voor een bejegening en behandeling (nog meer) op maat.

Verder gaat in mijn droom de psychotherapie een prominentere rol spelen in de effectiviteit van de behandeling. Deze beroepsgroep weet behandeldoelen steeds beter om te zetten in interventies op de afdeling en zij gaat steeds meer *evidence based* werken. De beroepsidentiteit van deze beroepsgroep wordt de komende jaren versterkt, en de samenwerking en afstemming met behandelaren en overige leden van het multidisciplinaire team bevordert.

Een gedegen introductie en reëel beeld van de sector zullen ervoor zorgen dat studenten vaker kiezen voor een studie die opleidt tot het werken in de forensische zorg. En ze zullen de nieuwe specialistische opleidingen gericht op de forensische zorg enthousiast volgen. In deze opleidingen zal naast de focus op het oordeel- en handelingsvermogen van professionals ook aandacht zijn voor het kunnen omgaan met de uitdagende situaties in de zorg.

De forensische zorgsector zal weer bekendstaan als een sector die met succes invulling geeft aan een heel complexe maatschappelijke taak. Een sector waarin er veel ontwikkelmogelijkheden zijn en waarin professionals weer kunnen werken vanuit 'het verlangen om werk goed uit te voeren omwille van het werk zelf'.

Dat is mijn droom!

Referenties

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.) (DSM-III)*.
- Andersson Elffers Felix (2018). *Forensische zorgen: Onderzoek naar kwaliteit en veiligheid in de forensische zorg*. (Rapport). Utrecht.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct (4th ed.)*. Newark, New York: LexisNexis.
- Boone, M., Althoff, M., & Koenraadt, F. (2016). *Het leefklimaat in justitiële inrichtingen*. Den Haag: Boom juridisch.
- Bosker, J., De Vogel, V., & Bitter, L. (2018). Professionele ankers: *Liber amicorum Anneke Menger*. Hogeschool Utrecht: Utrecht.
- Busch, P. (2008). *Tacit knowledge in organizational learning*. Hershey: IGI-Global.
- Chugh, R. (2013). Workplace dimensions: Tacit knowledge sharing in universities. *Journal of Advanced Management Science*, 1(1), 24-28.
- Clercx, M., Keulen-de Vos, M. E., Nijman, H. W., Didden, R., & Nijman, H. (2020). What is so special about forensic psychiatric professionals? Towards a definition of forensic vigilance in forensic psychiatry. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 21(3), 195-213.
- Dewey, J. (1933). *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. Boston: Health & Co.
- Dyne, L. van, & Pierce, J. L. (2004). Psychological ownership and feelings of possession: Three field studies predicting employee attitude and organizational citizenship behaviors. *Journal of Organizational Behavior*, 25(4), 439-459.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2018). *Jubileumuitgave 10-jarig bestaan Commissie Ethiek in de forensische psychiatrie*. Utrecht.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2020). *See Think Act: Handreiking voor relationele veiligheid (2^e druk)*. Utrecht.
- Fluttert, F., Zuiderhof, J., Adema, J., & Vos, A. (2013). *Bespiegelingen sociotherapie in het forensische veld*. (Rapport projectgroep 'KFZ-Verkenning Calls Sociotherapie'). Utrecht: KFZ.
- Geurts, J. (2011). Talentvol vakmanschap in het mbo. In: *Handboek effectief opleiden*. Den Haag: Delwel.

- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patient and other inmates*. New York: Anchor Books.
- Inspectie Justitie en Veiligheid (2020). *Geen kant meer op kunnen. Een onderzoek naar de knelpunten en dilemma's in de resocialisatie van tbs-gestelden*. (Rapport). Den Haag: Ministerie Justitie en Veiligheid.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1999). *Rapportage algemeen toezichtbezoek aan de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen*. (Rapport). Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2001). *Het algemeen toezicht op de justitiële tbs-inrichtingen in 2000*. (Rapport). Den Haag.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2003). *Tbs-klinieken in beweging. Samenvattende rapportage van de algemeen-toezichtbezoeken in 2003 aan de negen tbs-klinieken*. (Rapport). Den Haag.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Kamerstukken II 2005/06, 30250, nr. 5. (2006, 9 mei). Parlementair onderzoek TBS. 'TBS, vandaag over gisteren en morgen'. (Rapport). Geraadpleegd op 1 september 2021, van: <https://zoek.officiëlebezoekingen.nl/kst-30250-5.html>
- Kluft, M., & Haterd, J. van den (2012). *Sociotherapeut in de forensische zorg*. (Rapport). Movisie: Utrecht.
- Kröger, U., & Beek, D. van (2006). Ontwikkelingen in de behandeling van ter beschikking gestelden. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 916-929.
- Loughran, J.J. (2002). Effective reflective practice: In search of meaning in learning about teaching. *Journal of Teacher Education*, 53, 33-43.
- Nellissen, D., Ausems, M., Horst, R. van der, & Reijerink, F. (2021). *Forensisch Vakmanschap*. (Rapport) EFP: Utrecht.
- Petit, R. (2017). *Vakmanschap: wat verstaan we hieronder en hoe leer je dit op school en in werk? Literatuurstudie*. (Rapportnummer 977). Amsterdam: Kohnstamm Instituut.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag (Versie 2)*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoevenstichting.
- Pierce, J. L., Kostova, T., & Dirks, K.T. (2003). The state of psychological ownership: Integrating and extending a century of research. *Review of General Psychology*, 7(1), 84-107.
- Polanyi, M. (1958). *Personal knowledge: Toward a post-critical philosophy*. Chicago Illinois: The University of Chicago Press.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2006). *Ontsnappen aan de medialogica. Tbs in de maatschappelijke beeldvorming*. [Advies 39]. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (2018). *Advies 'Ontwikkelingen en knelpunten bij forensisch psychiatrische klinieken en afdelingen'*. Den Haag.

- Radema, D., Rest, E. van, & Hens, H. (2017). *Competentieset Forensisch Sociaal Professional*. Movisie: Utrecht.
- Roelofs, E. C., Nijveldt, M., & Beijaard, D. (2008). Ontwikkeling van een docentzelfbeoordelingsinstrument voor docentcompetenties. *Pedagogische Studiën*, (85), 319-341.
- Roelofs, E. C., & Sanders, P. F. (2003). Beoordeling van docentcompetenties. In: M. Mulder, R. Wesselink, H. Biemans, L. Nieuwenhuis, & R. Poell (red.), *Competentiegericht onderwijs: Gediplomeerd, maar ook bekwaam?* (p. 277-299). Groningen: Wolters-Noordhoff
- Roelofs, E. C., & Sanders, P. F. (2007). Towards a framework for assessing teacher competence. *European Journal of Vocational Training*, 40, 123-139.
- Ruijters, M. C. P. (2021). *Manifest voor de beroepsidentiteit. Over de achterkant van flexibiliseren*. Aeres Hogeschool Wageningen.
- Schaftenaar, P. (2015). *De werkzame elementen van de forensische sociotherapie: Een literatuurstudie*. (Rapport). Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- Sennett, R. (2008). *The craftsman*. Yale University Press.
- Sprenger, C. (2011). Vakmanschap als beweging. *Tijdschrift voor Opleiding & ontwikkeling*, (4), 16-20.
- Wenger, E., & Snyder, W. M. (2000). Communities of practice: The organizational frontier. *Harvard Business Review*, 78, 139-145.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 versie 2002: Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Woerkom, M. van (2003). *Critical reflection at work: bridging individual and organisational learning*. [Proefschrift]. Twente University Press.

Over de auteur

79

Ruud van der Horst is op 15 oktober 1975 geboren in Leiderdorp. De eerste ervaring met de forensische zorg deed Ruud op in het kader van een stage voor de hbo-opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening (SPH) binnen de (toen geheten) Dr. S. van Mesdagkliniek. Hier werkte hij een jaar (1998-1999) op een afdeling waarop tbs-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis werden behandeld. Van 2000 tot 2003 studeerde hij sociologie; hij rondde de studie af met een afstudeeronderzoek naar de arbeidsbeleving onder sociotherapeuten binnen een FPC. Aansluitend is hij een aantal jaar als onderzoeker verbonden geweest aan (de inmiddels geheten) FPC Dr. S. van Mesdag. In deze periode heeft hij tevens het onderzoeksvoorstel voor zijn promotieonderzoek geschreven, waarin het verband tussen de sociale interactie van tbs-gestelden en delict-gedrag centraal staat. In dit kader is Ruud van der Horst van 2005 tot 2011 verbonden geweest aan het Interuniversity Centre for Social Science Theory and Methodologie (ICS) van Rijksuniversiteit Groningen. Vanaf 2010 werkte hij als onderzoeker op het terrein van forensische zorg voor het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het ministerie van Justitie en Veiligheid in Den Haag. Sinds 2012 is Ruud als wetenschappelijk adviseur werkzaam voor het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Vanuit het EFP is hij lange tijd verbonden geweest aan het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). Van hieruit is hij zich de afgelopen jaren meer gaan toeleggen op vakmanschap en deskundigheidsbevordering van professionals in de forensische zorg. Zo is hij initiator en inhoudelijk grondlegger van de Forensische Leerlijn, die bestaat uit e-learningmodules die kosteloos beschikbaar worden gesteld aan professionals in de forensische zorg om zich verder te bekwamen in hun vak. Parallel aan deze ontwikkeling is hij mogelijkheden gaan verkennen voor het verbinden van het werkveld aan het initiële onderwijs via een lectoraat. Vanaf oktober 2020 is het lectoraat Vakmanschap Forensische Zorg aan Hogeschool Rotterdam een feit en hij mag daar als lector aanvoering aan geven.

Dankwoord

Drieëntwintig jaar geleden kwam ik werken in de forensische zorg. Sindsdien heeft dit werkveld mij niet meer losgelaten. Er zijn een aantal personen die een (extra) prominente rol hebben gespeeld in mijn loopbaan. De eerste persoon die ik in dit kader wil noemen is Johan Witvoet, mijn stagebegeleider toen ik in FPC Dr. S. van Mesdag stage liep als sociotherapeut. Hij heeft zich toen over mij ontfermd en mijn forensische blik in de praktijk op scherp gezet. Verder ben ik Marinus Spreen (voormalig hoofd onderzoek FPC Dr. S. van Mesdag) veel dank verschuldigd voor de mogelijkheden die hij heeft gecreëerd voor het verrichten van promotieonderzoek en mij ervan bewust heeft gemaakt wat een lectoraat kan betekenen voor het werkveld. Gabriël Anthonio (voormalig algemeen directeur FPC Dr. S. van Mesdag) wil ik bedanken voor de kans die hij mij heeft gegeven om als onderzoeker (zonder veel werkervaring) binnen de Van Mesdagkliniek te participeren in een aantal grote onderzoeksprojecten. Tom Snijders (hoogleraar Methodologie en Statistiek Rijksuniversiteit Groningen) voor zijn rol als mijn promotor en mentor. Ondanks zijn (internationale) aanzien en overvolle agenda bleef hij toegankelijk en benaderbaar en heeft hij mij intensief begeleid en opgeleid tot onderzoeker. Verder wil ik Gijs Bakkum (directeur EFP) bedanken dat hij mij in de gelegenheid heeft gesteld om mijn ideeën rondom het opzetten van een lectoraat nader te gaan verkennen.

De leden van het Forensisch Netwerk wil ik bedanken omdat zij zich achter het plan voor de opzet van een lectoraat hebben geschaard. Extra erkentelijk ben ik Erik Masthoff, bestuurder en psychiater bij Fivoor (een koepel van instellingen voor forensische zorg en hoog intensieve zorg en reclasseringstoezicht) voor de inhoudelijke steun en de financiering van het lectoraat. Ook wil ik Goof van Gemert (voormalig sectordirecteur Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen) en Wouter Boogaard (sectordirecteur Forensische Zorg en Justitiële Jeugdinrichtingen) bedanken voor de ondersteuning van de plannen.

In het kader van het verkennen van mogelijkheden heb ik bij veel hogescholen gesprekken gevoerd. Bij Hogeschool Rotterdam kwamen veel zaken samen. In de diverse gesprekken die ik voerde met Marleen Goumans (directeur Kenniscentrum Zorginnovatie), Frans Spierings (directeur Kenniscentrum Talentontwikkeling), Jeroen Oversier (directeur Instituut voor Gezondheidszorg) en Emile van Velsen (voormalig directeur Instituut voor Sociale Opleidingen) werd vanaf het begin de potentie van een dergelijk lectoraat onderkend en

(mee)gedacht in mogelijkheden. Dit heeft de basis voor een mooie samenwerking gelegd. Dank jullie daarvoor!

Het college van bestuur van Hogeschool Rotterdam wil ik danken voor het daadwerkelijk mogelijk maken van het lectoraat, en het onderbrengen hiervan bij zowel Kenniscentrum Zorginnovatie als Kenniscentrum Talentontwikkeling.

Veel dank gaat uit naar collega-lectoren en overige collega's van beide kenniscentra. En de collega's bij de opleidingen Social Work en Verpleegkunde, waar het lectoraat eveneens mee is verbonden. Met veel van deze collega's heb ik in het begin van mijn aanstelling (weliswaar online) kennis mogen maken. Ik heb de gesprekken met hen als zeer inspirerend ervaren en als een mooie basis voor samenwerking. Het gaat te ver om iedereen hier bij naam te noemen, maar ik wil Nadia Lingers-Baumgard bedanken voor de secretariële ondersteuning tijdens mijn inwerkperiode. Daarnaast wil ik de docenten/onderzoekers Marieke Geers, Cindy Isla-Ebben, Anne Frederiks, Martine Bink, Jeroen Wouters en Szabinka Dudevszky bedanken voor hun participatie en inbreng in de werk- en discussiegroep 'kennis en vaardigheden in de forensische zorg'. Met jullie ga ik graag de uitdaging aan om de kennis en kunde van de forensische zorg een prominentere plaats te geven in het onderwijs.

Ik wil verder graag mijn collega's van het EFP bedanken. Hier wordt echt een verschil gemaakt als het gaat om het ondersteunen van het forensische zorgveld bij kwaliteitsverbetering. Ik ben blij hier onderdeel van te mogen uitmaken. Bedankt voor de fijne werksfeer en de prettige samenwerking. Ik hoop op een vruchtbaar vervolg hiervan ook in relatie tot het lectoraat.

Maar zowel het EFP als het lectoraat is nergens zonder de professionals in het forensische zorgveld. Grote dank aan hen, voor de bereidwilligheid en het enthousiasme waarmee ondanks de drukke agenda's tijd wordt vrijgemaakt om te participeren in projecten. Het is een bijzondere club van professionals die de afgelopen tijd heeft laten zien gezamenlijk aan kwaliteit te kunnen werken en hier ook voor instaan. Ik kijk uit naar verdere samenwerking in het kader van mijn lectoraat.

Tijdens het schrijfproces zijn er verschillende personen die hebben meegelezen en mij van feedback hebben voorzien. Dank hiervoor aan Marleen Goumans, Frans Spierings, Daniek Nellissen, Andrea Donker, Erik Bulten, Gijs Bakkum, Meike Visser, Nancy Naber, Elin Koppelaar en Brigitte van Gulik, voor hun waardevolle feedback.

Hartelijk dank ook aan de sprekers tijdens mijn openbare les: Wouter Boogaard en Harry Beintema (voorzitter behandeloverleg tbs Nederland en directeur behandelzaken FPC Dr. S. van Mesdag). En natuurlijk de bijdrage van Theater Buiten de Muren voor een inkijkje van wat er speelt binnen de muren.

Mijn vader Peter van der Horst wil ik bedanken voor zijn bereidwilligheid om, zelfs op het laatste moment (verfklussen zijn ervoor terzijde geschoven), mijn tekst te corrigeren. Als jij de tekst bekeken hebt, weet ik dat het goed is. Wikky wil ik ook graag bedanken voor haar medeleven.

En Sebe, mijn goede vriend. Bedankt voor de treffende illustraties die de voorkant en de binnenkant van mijn boekje sieren. Een staaltje vakmanschap! En dat niet alleen, ook bedankt voor het regelmatig opvangen van Tijn en Bram, de logeerpartijtjes en koken in de tijd dat ik langere tijd van huis was. En dat geldt natuurlijk ook voor Willeke.

En wat komt er toch veel kijken bij de organisatie van een openbare les! Ik wil Brigitte van Gulik ontzettend bedanken voor het mij bijstaan en ondersteunen met de talloze praktische regelzaken rondom de organisatie van mijn openbare les. Naast een prettig persoon om mee samen te werken echt een rots in de branding.

Communicatieadviseur bij Kenniscentrum Zorginnovatie Ilona van der Lee wil ik bedanken voor het voortouw nemen in de communicatie rondom mijn lectoraat en de openbare les, alsmede collega's Kubra Sakarya-Aydin en van Kenniscentrum Talentontwikkeling Annika Keij en Vera Paul voor hun bijdrage.

Het opschrijven van mijn lectoraatsplannen in dit boekje moest plaatsvinden tussen een hoop andere werkzaamheden door en naast een druk gezinsleven. Om mij te kunnen focussen heb ik mij een aantal keren opgesloten in ons vakantiehuisje in Friesland. Carla, dank je wel hiervoor.

Ook wil ik graag Koert en mijn moeder Els bedanken voor het rotsvast vertrouwen dat ze altijd in mij hebben.

En afsluitend wil ik mijn partner Ellen en mijn zoons Tijn en Bram bedanken voor het geduld dat ze hebben gehad en de ruimte die ze me hebben gegeven. Lieverd, bedankt voor de opvang en goede zorgen voor onze zoons in de tijd dat ik afwezig of minder aanwezig was. En bedankt voor het luisteren naar en meedenken over werkgerelateerde zaken in de toch al schaarse tijd die we samen hadden. En Tijn en Bram, jullie vroegen mij regelmatig of ik meedeed met een spelletje, of samen film kijken, voetballen etc. En dan vulden jullie zelf het antwoord al in: 'Oh nee dat kan niet, je moet zeker weer aan je boekje werken!?'

Lieve schatten, het is af! En ik beloof jullie dat ik naast mijn inzet voor het vakmanschap van professionals in de forensische zorg, ook het 'vakvader- en partnerschap' weer hoge prioriteit ga geven.

Eerdere uitgaven

Hogeschool Rotterdam Uitgeverij



De Betekeniseconomie

Auteur Kees Klomp
ISBN 9789493012240
Verschijningsdatum november 2021
Aantal pagina's 144



Sturingsdrift en welzijn

Auteur Toby Witte
ISBN 9789493012226
Verschijningsdatum november 2021
Aantal pagina's 68



Hoge verwachtingen gaan over (n)u

Auteur Lia Voerman
ISBN 9789493012271
Verschijningsdatum oktober 2021
Aantal pagina's 96



Innovatiesucces in het mbo

Auteur John Schobben
ISBN 9789493012196
Verschijningsdatum mei 2021
Aantal pagina's 200



De waarde(n) van onderwijs

Auteur Carlos van Kan
ISBN 9789493012233
Verschijningsdatum april 2021
Aantal pagina's 96



Audit en Registratie, de kern van kwaliteit

Auteur Ageeth Rosman
 ISBN 9789493012189
 Verschijningsdatum maart 2021
 Aantal pagina's 96



Assetmanagement voor een veilige en vitale Rotterdamse delta

Auteur Martine van den Boomen
 ISBN 9789493012172
 Verschijningsdatum februari 2021
 Aantal pagina's 88



Tussen

Auteur Sander Hilberink
 ISBN 9789493012141
 Verschijningsdatum januari 2021
 Aantal pagina's 116



Zorgen om pijn

Auteur Lennard Voogt
 ISBN 9789493012264
 Verschijningsdatum november 2020
 Aantal pagina's 68



Morele grip

Auteur Jelle van Baardewijk
 ISBN 9789493012158
 Verschijningsdatum november 2020
 Aantal pagina's 132



Turning data into strategic assets

Auteur Shengyun Yang
 ISBN 9789493012134
 Verschijningsdatum november 2020
 Aantal pagina's 84

Ruud van der Horst

Vakmanschap Forensische Zorg

Sleutel tot deskundigheid



Professionals in de forensische zorg staan voor de complexe taak om terugval in delictgedrag bij psychiatrische patiënten te voorkomen. Dit doen zij door middel van begeleiding en behandeling. Deze professionals hebben een grote verantwoordelijkheid, omdat eventuele terugval van patiënten aanzienlijke maatschappelijke consequenties heeft. Vanwege de grote maatschappelijke belangen en verantwoordelijkheden die bij het werk komen kijken is het belangrijk dat professionals goed zijn toegerust voor hun taak. Dit vraagt dan ook om vakmanschap!

Ruud van der Horst, lector Vakmanschap Forensische Zorg, schetst in deze publicatie van zijn openbare les een beeld van de ontwikkelingen in de forensische zorg. Deze gaan enerzijds over de professionalisering van de sector, maar hebben eveneens de roep om vakmanschap doen toenemen. Er wordt inzichtelijk gemaakt wat bij vakmanschap komt kijken en wat dit specifiek betekent in de context van de forensische zorg.

Zijn lectoraat richt zich op de deskundigheidsbevordering van (toekomstige) professionals in het forensische zorgveld. In de driehoek onderzoek, onderwijs en werkveld zal primair worden ingezet op het versterken van het oordeelsvermogen en het hieraan gerelateerde handelen van forensische zorgprofessionals. Dit is waar vakmanschap van professionals in de kern op neerkomt. Hier gaat het lectoraat de komende jaren een belangrijke bijdrage aan leveren.

Het lectoraat wordt gefinancierd door Fivoor, een koepel van instellingen voor forensische en hoog intensieve zorg en reclasseringstoezicht.

OPENBARE LES