



**kwaliteit
forensische
zorg**

2025

Herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg

Fase 1: Veldverkenning

Fase 2: Ontwikkeling handreiking

Sylvana Robbers
Annelies Sturm
Nienke Verstegen
Niki Kuin
Steffy Greijmans
Vivienne de Vogel

Datum van publicatie: november 2025

Colofon

Deze publicatie/ dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voortgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Samenvatting	7
Abstract	8
1. Inleiding	9
1.1 Achtergrond	9
1.2 Doelen van dit project	9
1.3 Aanpak.....	9
2. Fase 1 Veldverkenning	10
2.1. Onderzoeksaanpak	10
2.1.1 Literatuuronderzoek.....	10
2.1.2 Diepte-interviews	10
2.2. Literatuuronderzoek.....	11
2.2.1 Wat wordt verstaan onder herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg?.....	11
2.2.2 Hoe wordt herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg vormgegeven?.....	14
2.2.3 Welke werkwijzen, methodieken en handreikingen over herstel- en krachtgericht werken zijn er beschikbaar in de forensische zorg en aanpalende sectoren?.....	16
2.2.4 Welke rol hebben ervaringsdeskundigen in herstel- en krachtgericht werken?	17
2.3. Resultaten praktijkonderzoek	19
2.3.1 Bekendheid herstel- en krachtgericht werken	19
2.3.2 Verbinding: de werkrelatie en het netwerk.....	21
2.3.3 Hoop- en betekenisgeving	25
2.3.4 Identiteitsontwikkeling	26
2.3.5 Empowerment.....	28
2.3.6 Waarborgen van veiligheid: risicobeheersing met focus op hoop en krachten	29
2.3.7 Gebruikte herstel- en krachtgerichte methodieken	31
2.3.8 Ervaringsdeskundigheid.....	32
2.3.9 Herstel- en krachtgericht werken in het behandelplan	34
2.3.10 Voorwaarden voor herstel- en krachtgericht werken	38
2.4. Discussie veldverkenning	40
2.5. Conclusie veldverkenning	45
3. Fase 2 Ontwikkeling handreiking.....	46
3.1. Uitgangspunten en ontwikkelcriteria.....	46
3.2. Ontwikkeling handreiking.....	47

3.2.1. Ontwikkeling concepthandreiking.....	47
3.2.2. Pilotonderzoek	47
3.2.3. Definitieve handreiking.....	50
Referenties	52
Bijlagen.....	56
Bijlage 1 Achtergrond van de respondenten	56
Bijlage 2 Topiclijsten.....	57
Bijlage 3 Instructie interview behandelaren	61
Bijlage 4 Overzicht van herstel- en krachtgerichte methoden en interventies	62
Werkwijzen in begeleiding/behandeling/empowerment van patiënten/cliënten	62
Good Lives Model (GLM)/ Mijn Positief Levensplan	62
Beschermende factoren	62
Forensische Assertive Community Treatment (ACT)	62
Forensische High & Intensive Care (FHIC)	62
Steunend Relationeel Handelen (SRH)	63
Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)	63
Community reinforcement approach (CRA)	63
Active Recovery Triad (ART).....	63
See, Think, Act (STA)	63
Motiverende gespreksvoering (MGV)	64
Shared Decision Making (SDM)	64
Illness Management and Recovery (IMR)	64
Seeking Safety	64
Weet wat je kan	64
Presentiebenadering.....	64
Vormen van lotgenotencontact.....	65
Herstellen doe je Zelf	65
Wellness Recovery Action Plan (WRAP)	65
Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE)	65
Herstelacademie	65
Peer-Supported Open Dialogue (POD)	65
Credible Messengers	65
Werkwijzen om contact met eigen sociaal netwerk te versterken.....	66
Familie peer support	66
Critical Time Intervention (CTI)	66
Eigen kracht conferenties.....	66

Voorwoord

Deze publicatie is een verslag van Call 2023-189 Handreiking kracht- en herstelgerichte zorg. In de veldverkenning (Fase 1) is bij verschillende forensische zorginstellingen geïnventariseerd hoe men handen en voeten geeft aan herstel- en krachtgericht werken in de dagelijkse praktijk. We merken dat het gedachtegoed van herstel- en krachtgericht werken breed leeft onder professionals, maar dat de concrete uitwerking ingewikkeld kan zijn en verschillende uitdagingen met zich meebrengt. Het enthousiasme van professionals om hun ervaringen en goede praktijken te delen was groot. Door met professionals en patiënten/cliënten in gesprek te gaan over thema's als krachtgericht werken aan herstel, het bieden van hoop, het vergroten van de eigen regie en destigmatisering hebben we een goed beeld kunnen krijgen van hoe herstel- en krachtgericht werken met forensische patiënten/cliënten momenteel vorm krijgt en waar mogelijkheden voor verbeteringen liggen.

Fase 2 bouwde hierop voort. Samen met professionals is gewerkt aan een handreiking die helpt om herstel- en krachtgericht werken verder te versterken. De handreiking biedt praktische handvatten op meerder niveaus: voor het individu, het team en de organisatie. Naast de handreiking is ook een kaartenset ontwikkeld, die helpt om het gesprek over herstel- en krachtgericht werken op gang te brengen en de belangrijkste uitgangspunten zichtbaar te maken in de dagelijkse praktijk.

We willen graag een aantal mensen bedanken voor hun waardevolle bijdrage aan het project. Bovenal zijn dat de professionals en patiënten/cliënten die aan de interviews hebben deelgenomen. Wij zijn blij met ieders openhartigheid en waardevolle inbreng. De begeleidingsgroep en de klankbordgroep (Max Huber, Sabine Noom, Jan-Willem van den Berg, Mark van Leeuwenhoeck, Ellis Stupers, Hanneke van Gestel-Timmermans en Jessica Santos Barbosa) zijn we erkentelijk voor hun constructieve meedenken waar dat nodig was. De deelnemers aan het pilotonderzoek danken we voor hun constructieve feedback op de conceptversie van de handreiking. Dank aan allen voor jullie inzet.

Sylvana Robbers
Annelies Sturm
Nienke Verstegen
Niki Kuin
Steffy Greijmans
Vivienne de Vogel

Samenvatting

Het belang van herstel- en krachtgericht werken wordt in de forensische zorg inmiddels breed onderkend. Zowel herstel- als krachtgericht werken benadrukt de waarde van eigen kracht en competenties, de waarde van een sociaal netwerk en de noodzaak van het vergroten van maatschappelijke mogelijkheden. Herstelgericht werken omvat daarnaast onder meer het stap voor stap weer grip krijgen op het eigen leven en een (herstelde) identiteit ontwikkelen.

Het onderzoek naar de concrete invulling van herstel- en krachtgericht werken in de forensische praktijk is nog beperkt. Het was tot nu toe onvoldoende duidelijk hoe ambulante en klinische forensische settingen precies vormgeven aan herstel- en krachtgericht werken. Deze veldverkenning geeft inzicht in de betekenis van herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg en hoe dit soms botst met risicogericht werken. Ook geeft deze verkenning een actueel overzicht van beschikbare herstel- en krachtgerichte methodieken voor de forensische zorg. Verder is de rol van ervaringsdeskundigheid onderzocht en is nagegaan welke plek herstel- en krachtgericht werken heeft in de behandelplannen.

In fase 1 zijn aan de hand van een beknopt literatuuronderzoek bestaande werkwijzen en methodieken voor herstel- en krachtgericht werken geïnventariseerd. Aan de hand hiervan zijn topiclijsten opgesteld voor interviews, waarbij het CHIME-S model (*Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment, Secure*) als belangrijke kapstok diende. In totaal zijn elf professionals en negen patiënten/cliënten van verschillende ambulante en klinische settingen geïnterviewd.

Een kernelement van herstel- en krachtgericht werken is volgens professionals een positieve basishouding met aandacht voor hoop en krachten. Professionals noemden vele voorbeelden van hoe zij herstel- en krachtgericht werken in grote lijnen vormgeven. De plek van herstel- en krachtgericht werken in behandelplannen is minder duidelijk. Doelen bleken veelal niet heel concreet en niet in taal geformuleerd passend bij herstelgericht werken. De inzet van ervaringsdeskundigen kan helpen om doelstellingen op het gebied van herstel- en krachtgericht te werken te realiseren en om qua taal beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van patiënten/cliënten. Herstel- en krachtgericht werken wordt voor professionals met name moeilijk in risicovolle situaties en wanneer patiënten/cliënten 'niets willen'. Stigmatisering vormt ook een belangrijke belemmering. Desondanks geven professionals verschillende voorbeelden van hoe zij herstel- en krachtgericht werken succesvol integreren met de focus op veiligheid en risico's die anderen kunnen inspireren.

Het daadwerkelijk bewegen naar een nieuwe context waarin patiënten/cliënten, hun netwerk, professionals en maatschappelijke partners met elkaar samenwerken op een herstel- en krachtgerichte manier vraagt nog veel aandacht. De resultaten van deze veldverkenning vormen een goede basis voor het ontwikkelen van een handreiking voor herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg.

In fase 2 is op basis van de inzichten uit de eerste onderzoeksfase gewerkt aan de ontwikkeling van een handreiking voor herstel- en krachtgericht werken. In nauwe samenwerking met professionals, is een praktische handreiking ontstaan die helpt om herstel- en krachtgericht werken verder te versterken in de dagelijkse praktijk. De handreiking biedt concrete handvatten op individueel, team- en organisatieniveau en nodigt uit tot reflectie en gesprek binnen de eigen context. Daarnaast zijn gesprekskaartjes en een poster ontwikkeld die professionals en cliënten ondersteunen om met elkaar in gesprek te gaan en de belangrijkste uitgangspunten zichtbaar te maken in het werk.

Abstract

The importance of recovery- and strength-oriented working is now widely recognized in forensic mental health care. Both recovery- and strength-oriented work emphasize the value of own strengths and competences, the value of a social network and the need to increase social opportunities. Recovery-oriented work also includes, among other things, regaining control of one's own life step by step and developing a (recovered) identity.

Research into the concrete implementation of recovery- and power-focused work in forensic practice is still limited. So far, it is insufficiently clear how exactly outpatient and inpatient settings give shape to recovery and strength-oriented working. This field exploration provides insight into the meaning of recovery- and strengths-oriented work in forensic mental health care and how this sometimes clashes with risk-oriented work. This exploration also provides an up-to-date overview of available recovery- and strength-focused methodologies for forensic mental health care. Furthermore, the role of experience-based expertise was examined and the place of recovery- and strength-focused work in treatment plans.

In phase 1, current practices and methodologies for recovery and strengths-oriented work were inventoried through a brief literature study. Based on this, topic lists were drawn up for interviews, using the CHIME-S model (Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment, Secure) as an important framework. A total of eleven professionals and nine patients/clients from different outpatient and inpatient settings were interviewed.

A core element of recovery and strengths-based work, according to professionals, is a positive basic attitude with a focus on hopes and strengths. Professionals mentioned several examples of how they broadly shape recovery and strengths-oriented work. The place of recovery and strengths-oriented work in treatment plans is less clear. Goals were often not very concrete and not formulated in language appropriate to recovery-oriented work. The use of experts by experience can help to realize goals in the field of recovery and strengths-oriented work and to better match the wishes and needs of patients/clients in terms of language. Recovery and strength-oriented work becomes particularly difficult for professionals in high-risk situations and when patients/clients 'don't want anything'. Stigma is also a major barrier. Nevertheless, professionals gave several examples of how they successfully integrate recovery and strengths-based work with a focus on safety and risk that can inspire others.

Concluding, moving to a new context in which patients/clients, their networks, professionals and social partners work together in a recovery- and strength-focused way still needs a lot of attention. The results of this field exploration form a good basis for developing a guideline for recovery- and strength-oriented working in forensic mental health care.

In phase 2, based on the insights gained in the first research phase, work was done on developing a guide for recovery- and strength-oriented working. In close collaboration with professionals, a practical guide was created that helps to further strengthen recovery- and strength-oriented working in daily practice. The guide offers concrete tools at the individual, team, and organizational levels and encourages reflection and discussion within one's own context. In addition, conversation cards and a poster were developed to support professionals and clients in engaging in conversation with each other and making the most important principles visible in their work.

1. Inleiding

1.1 Achtergrond

Kracht- en herstelgericht werken is een belangrijke werkwijze in de forensische zorg. In het Kwaliteitskader Forensische Zorg ([KKFZ](#)) wordt herstel beschreven als 'Het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven' (Huber, 2011). Tegelijk is de forensische zorg gericht op het reduceren van recidiverisico. In dit kader is forensische scherptheit van belang, dat wil zeggen de vaardigheid om risico's op grens- en/of kaderoverschrijdend gedrag te signaleren (Clercx et al., 2021). Dat is soms lastig te verenigen met de aandacht voor hoop, krachten en regie in krachtgerichte begeleiding die vooral uitgaat van wat mensen kunnen. De focus op hoop en krachten enerzijds en op risico's en beperkingen anderzijds, kan zodoende worden ervaren als een spagaat (De Wit & Van der Helm, 2021). Professionals in met name klinische en ambulante forensische settingen geven aan concrete handvatten te missen over kracht- en herstelgericht werken in de forensische zorg. Het is daarnaast onvoldoende duidelijk hoe ambulante en klinische forensische settingen momenteel vormgeven aan krachtgericht werken en herstelgerichte zorg.

1.2 Doelen van dit project

Met deze veldverkenning wilden we inzicht krijgen in hoe professionals kracht- en herstelgericht werken, hoe zij omgaan met botsingen tussen kracht- en herstelgericht werken en risicogericht werken, en wat hierin door patiënten/cliënten en professionals als een goede praktijk wordt ervaren.

De volgende vragen stonden in deze veldverkenning centraal:

1. Wat wordt verstaan onder herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg?
2. Hoe wordt herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg vormgegeven?
3. Op welke momenten botst herstel- en krachtgericht werken met risicogericht werken en hoe gaan professionals in de forensische zorg hiermee om?
4. Hoe heeft herstel- en krachtgericht werken een plek in het behandelplan en/of signaleringsplan in de forensische zorg?
5. Welke werkwijzen, methodieken en handreikingen over kracht- en herstelgericht werken zijn er beschikbaar in de forensische zorg en aanpalende sectoren?
6. Welke rol hebben ervaringsdeskundigen in kracht- en herstelgericht werken?

1.3 Aanpak

Deze veldverkenning is uitgevoerd aan de hand van een literatuuronderzoek en semi-gestructureerde interviews bij professionals en patiënten/cliënten van verschillende forensische ambulante en klinische behandelsettings en een penitentiair psychiatrisch centrum (PPC).

Dit project vond plaats in twee fases. In voorliggende rapportage leest u de resultaten van beide fases

Fase 1: de veldverkenning. De veldverkenning maakt duidelijk waar de verschillende forensische settings staan in het toepassen van kracht- en herstelgerichte methodieken, welke kennis zij hebben, wat zij nodig hebben en hoe een handreiking hierin tegemoet zou kunnen komen.

Fase 2: de ontwikkeling van de handreiking. Op basis van de resultaten van deze veldverkenning hebben we samen met patiënten/cliënten en professionals een handreiking ontwikkelend met tips en adviezen voor (implementatie van) kracht- en herstelgericht werken in de forensische zorg.

2. Fase 1 Veldverkenning

2.1. Onderzoeksaanpak

We startten de veldverkenning met een beknopt literatuuronderzoek om bestaande werkwijzen en methodieken voor herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg en aanpalende sectoren te inventariseren. Daarop volgden interviews gehouden onder professionals en patiënten/cliënten van verschillende forensische instellingen. De precieze aanpak wordt hieronder toegelicht.

2.1.1 Literatuuronderzoek

Er is een literatuursearch uitgevoerd in de databanken Pubmed, Psycinfo, Web of Science en GoogleScholar met combinaties van zoektermen zoals forensic, mandated, justice-involved, mental health, mentally disabled offender (MDO), intellectual disability, intellectual impaired, rehabilitation, patiënt participation, secure recovery, strength-based, recovery-oriented, method, guidance. Het literatuuronderzoek, zoals is uitgevoerd binnen het project *Forensische best practices in de BW/MO* (Robbers et al., 2022), hebben we aangevuld met een gerichte zoektocht naar herstel- en krachtgericht werken en ervaringsdeskundigheid in de forensische zorg. Verder hebben we gebruik gemaakt van de KFZ publicatie *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten/cliënten met psychotische stoornissen: Een overzicht van de wetenschappelijke evidentie* (Van Gestel-Timmermans, 2015). Het doel van het literatuuronderzoek was niet een uitputtend overzicht van beschikbare literatuur te geven, maar om bestaande werkwijzen en methoden voor herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg en aanpalende sectoren te inventariseren.

2.1.2 Diepte-interviews

Aan de hand van semi-gestructureerde interviews bij verschillende forensische ambulante en klinische behandelsettings en penitentiair psychiatrische centra (PPC's) wilden we inzicht krijgen in hoe professionals herstel- en krachtgericht werken, hoe zij omgaan met botsingen tussen herstel- en krachtgericht werken versus risicogericht werken, en wat hierin door patiënten/cliënten en professionals als goede praktijken wordt ervaren.

Eind 2023 zijn verschillende forensische zorginstellingen benaderd om mee te doen aan deze veldverkenning. De deelnemende instellingen zijn: de Forensische Zorgspecialisten (de Van der Hoevenkliniek, de Waag), de Rooyse Wissel, de Pompestichting, PPC Vught, CTP Veldzicht en Novadic Kentron. Aan instellingen is gevraagd of ze ons wilden verbinden aan een behandelaar die met ons wilde spreken over wat volgens hem of haar belangrijk is met betrekking tot herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg. In totaal hebben elf professionals van deze instellingen toestemming gegeven om deel te nemen aan een online diepte-interview (waarvan 1 duo-interview). Dit waren allen professionals met ervaring met herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg. Tevens zijn er negen individuele interviews afgenomen met forensische patiënten/cliënten van vier verschillende instellingen. Deze interviews vonden deels online en deels op locatie plaats. In Bijlage 1 staan de belangrijkste kenmerken van de respondenten.

Aan de elf professionals is gevraagd ter voorbereiding op het interview twee recente behandelplannen, begeleidingsplannen of signaleringsplannen door te nemen. Met negen van de elf respondenten is gereflecteerd op herstel- en krachtgericht werken in relatie tot deze behandelplannen, de behandeldoelen in deze plannen en behandelplannen in het algemeen. Twee respondenten konden geen specifieke behandelplannen met ons bespreken. Redenen hiervoor waren: niet of weinig direct betrokken bij de behandeling vanwege een rol als trainer en als ervaringsdeskundige niet werken met behandelplannen en hier ook niet bij betrokken zijn.

Aan de hand van de resultaten van het literatuuronderzoek zijn topiclijsten (zie Bijlage 2) en een instructie voor professionals voor het bestuderen van enkele dossiers toegevoegd (zie Bijlage 3). De interviews werden gehouden aan de hand van deze topiclijsten. De topics omvatten onder meer de volgende thema's: definities en huidige werkwijzen van herstel- en krachtgericht werken volgens professionals en patiënten/cliënten, behoeften van professionals en patiënten/cliënten,

inzet van ervaringsdeskundigheid en minimale eisen (aandachtspunten) met betrekking tot een handreiking. Alle interviews werden volledig getranscribeerd en thematisch geanalyseerd door de onderzoekers met behulp van Atlas.ti (versie 24).

2.2. Literatuuronderzoek

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van wat uit de literatuur bekend is over herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg.

In dit literatuuronderzoek geven we antwoord op de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat wordt verstaan onder herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg?
2. Hoe wordt herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg vormgegeven?
3. Welke werkwijzen, methodieken en handreikingen over herstel- en krachtgericht werken zijn er beschikbaar in de forensische zorg en aanpalende sectoren?
4. Welke rol hebben ervaringsdeskundigen in herstel- en krachtgericht werken?

2.2.1 Wat wordt verstaan onder herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg?

2.2.1.1 Herstelgericht werken

Herstelgericht werken is ontstaan in de reguliere GGZ als reactie op de traditionele geneeskundige benaderingen die vaak de nadruk legden op behandelen van symptomen in plaats van het bevorderen van het herstelproces van de persoon als geheel. Herstel van psychische problemen wordt gezien als een proces waarbij nieuwe zin en betekenis in het leven ontstaan (Anthony, 1993). Het betekent dat men meer grip krijgt op het leven, ook al zijn de symptomen van ziekte nog steeds aanwezig. Het gaat dus niet om volledige genezing, maar om het (opnieuw) ontwikkelen van vaardigheden, het weer oppakken van betekenisvolle relaties, rollen en doelen in het leven. Het is een subjectief en individueel proces van de patiënt/cliënt zelf, daarmee is het perspectief van de patiënt/cliënt centraal komen staan, terwijl het perspectief van de behandelaar meer naar de achtergrond is gegaan. Kenmerkend van het proces van herstel is dat het een individueel en subjectief proces is, dat niet noodzakelijkerwijs lineair gaat en dat ook zonder professional plaatsvindt. Soms kunnen de klachten blijven bestaan, maar kan er wel sprake zijn van herstel van het normale leven (Anthony, 1993).

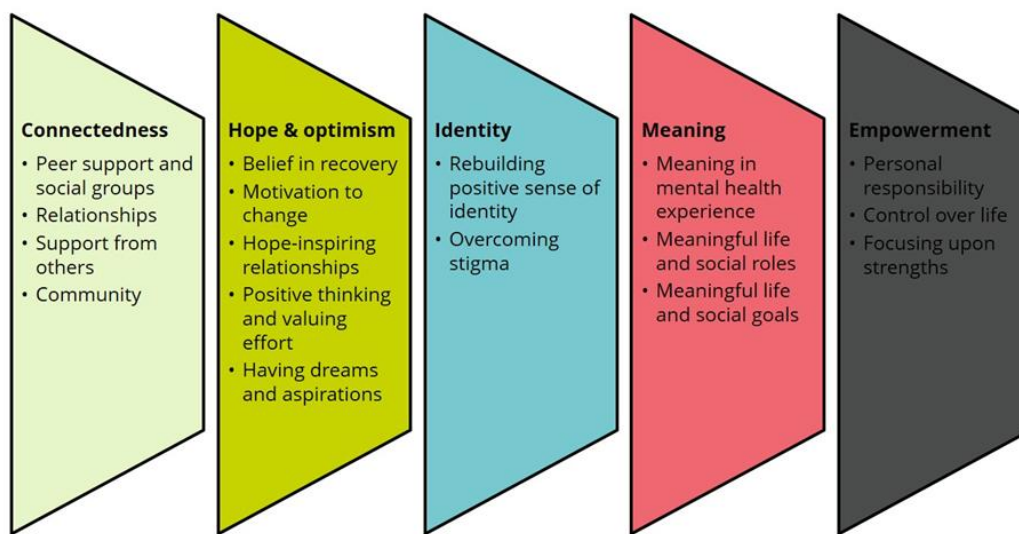
Het begrip herstel wordt op veel verschillende manieren ingevuld; om meer helderheid omtrent het begrip te scheppen onderscheidt Van der Stel (2013) vier vormen van herstel, namelijk persoonlijk herstel, functioneel herstel, maatschappelijk herstel en klinisch herstel (Van der Stel, 2013). Klinisch herstel betreft het verminderen van de symptomen, functioneel herstel is de verbetering van lichamelijke, psychische en sociale functies. Maatschappelijk herstel gaat over het verbeteren van de sociale positie, bijvoorbeeld via wonen, werk en inkomen. Persoonlijk herstel omvat het stap voor stap weer greep krijgen op het eigen leven, zelf doelen kunnen stellen en een (herstelde) identiteit ontwikkelen en leven naar eigen waarden. Persoonlijk herstel wordt wel gezien als de motor van herstel (Van der Stel, 2014) en omvat op zijn beurt weer meerdere kernprocessen. Een systematische review van 97 studies (Leamy et al., 2011) biedt een overzicht van deze kernprocessen van persoonlijk herstel, die samen genomen het 'CHIME-model' worden genoemd (zie Figuur 1): verbondenheid met anderen (*Connectedness*), vinden en houden van hoop (*Hope*), herstellen en ontwikkelen van een positieve identiteit (*Identity*), vinden van zin in het leven (*Meaning*) en grip krijgen op eigen kwetsbaarheid (*Empowerment*). Het CHIME-framework wordt breed erkend in de geestelijke gezondheidszorg als een kader voor herstel (GGZ standaard herstelondersteuning).

Voor forensische patiënten/cliënten hebben Senneseth et al. (2022) een aanvullend kernproces beschreven op basis van een systematische review van 22 studies naar de percepties van forensische patiënten/cliënten, namelijk 'veiligheid en bescherming ervaren'. Dit houdt in dat de patiënten/cliënten zich veilig voelen in de instelling en in de behandeling en daarnaast ook dat ze

zelf verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag en vermindering van risico en verbetering van gezondheid nastreven. Zij stellen voor om voor het forensische domein het CHIME framework uit te breiden met het kernproces Veiligheid (Safety) tot het CHIME-S framework.

Traditionele behandelingen hebben doorgaans klinisch herstel tot doel en niet primair persoonlijk herstel. Hoewel het persoonlijk herstel een individueel proces is, werkt ondersteuning door de omgeving bevorderend voor dit proces. De benaderingen die de CHIME-processen ondersteunen zijn bijvoorbeeld: ervaringen horen van ervaringsdeskundigen die zelf een herstelproces hebben doorgemaakt en ervaringskennis hebben, het gebruiken van zelfmanagementplannen om een crisis het hoofd te bieden of begeleid wonen met aandacht voor hoop en empowerment.

The CHIME framework for personal recovery



Leamy et al. 2011

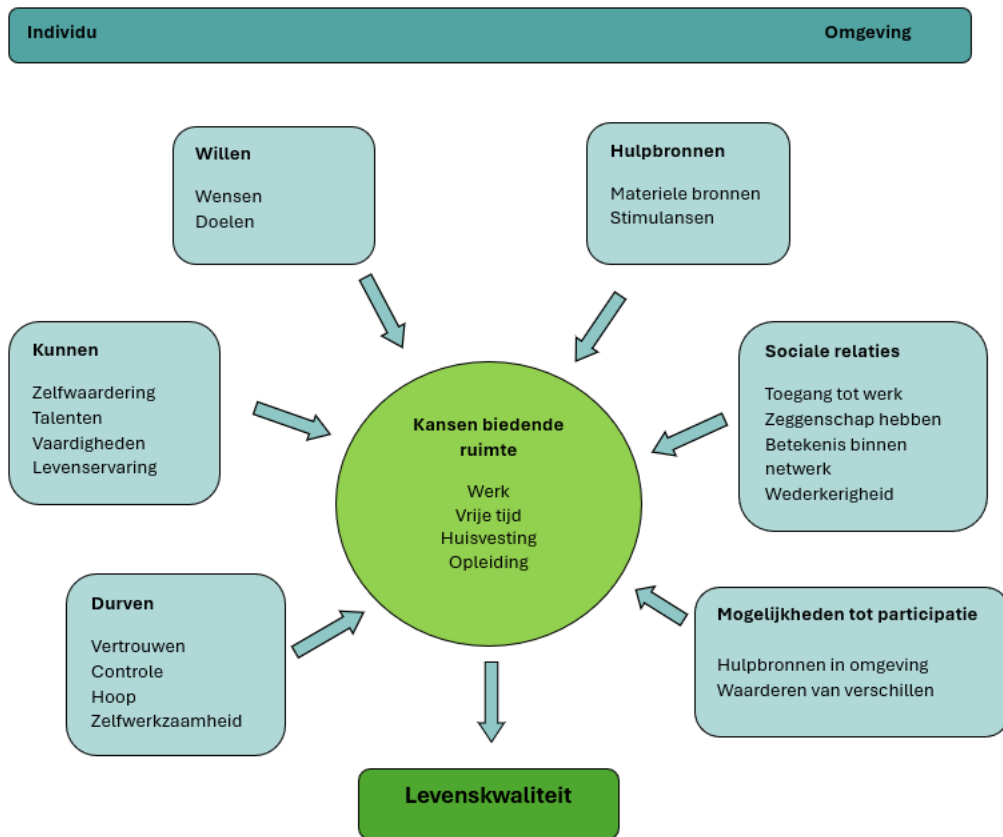
Figuur 1. CHIME-model voor herstelgericht werken.

2.2.1.2 Krachtgericht werken

Krachtgericht werken neemt de eigen kracht en de groeimogelijkheden van mensen als vertrekpunt voor de begeleiding. Het is gebaseerd op het strengths-model zoals beschreven door Rapp en Goscha (2012). Deze benadering is ontwikkeld in de ambulante begeleiding van mensen met psychiatrische problemen om zoveel mogelijk zelfstandig te kunnen wonen. De basis van krachtgericht werken is dat mensen ook bij tegenspoed en bij beperkingen in hun functioneren de mogelijkheid hebben om te herstellen, te veranderen en hun leven weer op te pakken. Er wordt altijd uitgegaan van wat iemand wél kan in plaats van wat er op dat moment niet mogelijk is. De eigen waarden van de persoon staan centraal bij het samen met de begeleider ontwikkelen en het realiseren van doelen die bijdragen aan een zingevend bestaan. Vanwege de situatie waar mensen in verkeren zijn de krachten niet altijd zichtbaar, maar door krachtgericht te werken worden deze inzichtelijk gemaakt en optimaal ingezet.

De doelstelling van krachtgericht werken is het verbeteren van de levenskwaliteit van mensen. Dit wordt bereikt door zogeheten 'kansen biedende ruimtes' (zie Figuur 2) welke te vormen zijn met behulp van de verschillende krachten. Dit zijn enerzijds individuele krachten: wensen en doelen van de cliënt, en anderzijds krachten uit de omgeving, zoals het sociaal netwerk. Er is bij krachtgericht werken veel aandacht voor het opbouwen van een sociale steunstructuur voor informele steun. Door middel van deze steunstructuur kunnen patiënten/cliënten zoveel mogelijk steun ontvangen uit hun eigen sociale omgeving en is er zo min mogelijk inzet van professionele hulp nodig. Ook daarmee wordt uiteindelijk de eigen kracht van mensen benut (Wolf, 2015). Kansen biedende ruimtes zijn bijvoorbeeld werkervaringsplaatsen of betrokkenheid van

familie. Het zijn tegenhangers van 'vastzettende ruimtes' (zie Figuur 2), zoals thuisloosheid en stigmatisering (Driessens et al., 2012).



Figuur 2. Model van Rapp en Goscha, aangepast overgenomen uit: Driessens, 2012, p.75; De lichtblauwe kaders bevatten de krachten.

Zowel de kracht- als herstelgerichte benadering komt voort uit dezelfde ontwikkeling, van een gemedicaliseerde en op tekorten gerichte benadering naar een benadering gericht op groei, ontdekken van mogelijkheden en acceptatie van onvolkomenheden. Herstelgericht werken komt voort uit het domein van de klinische GGZ en het kenmerkende is dat het een benadering is waarbij de subjectieve beleving van de patiënt/cliënt centraal staat en in mindere mate de expertise van de behandelaar.

De herstelbenadering is in Nederland voornamelijk binnen de reguliere GGZ bekend geworden. Krachtgericht werken is een benadering die is ontstaan in de ambulante GGZ en heeft in Nederland vooral bekendheid verworven in het sociale domein en maatschappelijke opvang (Wolf & Jonker, 2021). Beide benaderingen zijn primair voor de reguliere GGZ bestemd, maar ze zijn niet scherp gedefinieerd of afgebakend. Het doel van beide benaderingen is het herstel van het dagelijkse leven waarbij aandacht is gevestigd op de krachten en mogelijkheden van de patiënt/cliënt. De wegen waarlangs dit proces verloopt zijn niet van tevoren te plannen. Nauw omschreven of sterk geprotocolleerde interventies of behandelingen zijn daardoor niet passend binnen deze benaderingen.

2.2.2 Hoe wordt herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg vormgegeven?

In de forensische zorg staat het verminderen van recidiverisico centraal door beïnvloeding van risico- en beschermende factoren, waaronder behandeling van psychische aandoeningen die daarmee samenhangen. Dit maakt dat principes uit de reguliere GGZ niet één-op-één toepasbaar zijn in de forensische zorg. In deze paragraaf bespreken we welke aanpassing dit vergt bij de toepassing van het herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg op basis van wat hierover in de literatuur bekend is. Verder beschrijven we de herstel- en krachtgerichte focus van veelgebruikte methoden die primair in het forensisch domein zijn ontstaan: het Risk-Needs-Responsivity-model (RNR-model; Bonta & Andrews, 2023), het Good Lives Model (Ward, 2012) en de inschatting van beschermende factoren bij het voorkomen van gewelddadig gedrag (De Vries Robbé et al. 2012). Tenslotte geven we een kort overzicht van de ervaringen met deze benaderingen in het forensische domein.

2.2.2.1 Complexiteit van herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg

Het implementeren van herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg brengt nieuwe uitdagingen met zich mee. Het realiseren van de sleutelconcepten zoals hoop, empowerment en het ontwikkelen van een positieve identiteit zijn in de forensische GGZ minder makkelijk te verwezenlijken dan in de reguliere GGZ (Quinn et al., 2022). Vanwege het juridisch kader en de noodzaak om veiligheid van maatschappij te waarborgen, zijn vaardigheden als autonoom en onafhankelijk handelen beperkt mogelijk. De forensische GGZ confronteert de cliënt bovendien met ongewenst en onacceptabel, risicovol gedrag en is in mindere mate gericht op (zelf)acceptatie en positief zelfbeeld. Patiënten/cliënten hebben daarnaast te maken met een dubbel stigma: dat van psychiatrisch patiënt/cliënt, vaak ook verslaafde, en crimineel (Walraven et al., 2019). Het dubbele stigma kan het voor forensische patiënten/cliënten zeer moeilijk maken om te komen tot herstel. Herstel van psychische problemen én herstel van de negatieve identiteit als dader is uitermate belangrijk, en in vele gevallen, zeer moeilijk. Dit proces wordt dan ook gezien als één van de grootste uitdagingen wanneer men herstelgericht wil werken met psychiatrische patiënten/cliënten die een delict hebben gepleegd (Corlett & Miles, 2010).

Voor hulpverleners kan het uitdagend zijn om opnieuw perspectief of hoop te bieden aan patiënten/cliënten die weinig hoopvol zijn door een verleden van institutionalisering, detentieschade of door aanwezige trauma's en door het ontbreken van acceptatie door de maatschappij vanwege hun ernstige delict. Voor deze patiënten/cliënten kan een verblijf in een instelling aantrekkelijker zijn dan terugkeer naar de maatschappij die niet op hen zit te wachten. In de instelling ervaren ze soms voor het eerst acceptatie en begrip. Een verdere uitdaging is het niet zelden beperkt inzicht in het eigen functioneren en de aanwezigheid van ernstige psychiatrische problematiek en afhankelijkheid van medicatie (Mezey et al., 2010).

2.2.2.2 Herstel-en krachtgerichte focus in de forensische interventies: RNR-model, Good Lives Model en beschermende factoren

In het forensische domein worden voor het verminderen van risico op recidive twee modellen veel gebruikt: het Risk-Needs-Responsivity (RNR)-model en het Good Lives model (GLM). Het RNR-model is gericht op het effectief signaleren van risico's, het identificeren van veranderbare risicofactoren en rekening houden met de mogelijkheden, behoeften en beperkingen van de patiënt/cliënt, gebruik makend van een cognitief gedragsmatige aanpak om delictgedrag te verminderen. Het terugdringen van de kans op recidive staat centraal, signaleren van oplopend risico en naleven van opgelegde regels en voorwaarden is belangrijk. Hoewel het model rijker is dan alleen deze drie RNR-principes (het omvat bijvoorbeeld ook het belang om te kijken naar krachten en beschermende factoren van patiënten/cliënten en deze te wegen samen met risico's), lijkt het nadruk te leggen op het verminderen van risicofactoren (Bonta & Andrews, 2023). Het Good Lives Model (Ward et al., 2007) kan beschouwd worden als aanvulling op het RNR-model, en kan helpen om herstel- en krachtgericht te werken in de forensische zorg. Het GLM richt zich namelijk op het verbeteren van het leven van patiënten/cliënten door een focus op hun capaciteiten, sterke punten, persoonlijke interesses en het nastreven van 'een goed leven'. Dit model benadrukt het bereiken van fundamentele levensdoelen, zoals gezondheid, geluk en autonomie (Ward, 2012). Het GLM erkent dat obstakels het streven naar deze doelen kunnen belemmeren en richt zich op het beperken van risico's. Het integreert risicotaxatie en risicomangement van het RNR-model met de belangrijkste behoeften van patiënten/cliënten en

maakt gebruik van hun krachten en voorkeuren om het leven te verbeteren en om basisbehoeften op een sociaal geaccepteerde manier te verkrijgen (Barnao et al., 2010). In theorie lijken de twee benaderingen verschillend, maar in de praktijk vullen de visies elkaar juist goed aan. De patiënt/cliënt bestaat niet alleen uit risicofactoren, maar is een persoon met wensen en (on)mogelijkheden en leeft in een groter netwerk (Noom et al., 2021).

In het forensisch domein worden krachten die de kans op crimineel gedrag verminderen zoals talenten, hulpbronnen of sociale relaties geïnterpreteerd als beschermende factoren die terugval in delictgedrag kunnen voorkomen. Bij de risico-inventarisatie worden niet alleen de risicofactoren meegenomen, maar ook de beschermende factoren, zoals het hebben van werk, copingvaardigheden, of een sociaal netwerk. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster et al., 2009) een instrument dat onder meer het risico op gewelddadig gedrag op korte termijn inschat en hierbij zowel risicofactoren als krachten in kaart brengt. De SAPROF (De Vogel et al., 2012) is een instrument dat - in aanvulling op een risicotaxatie-instrument - beschermende factoren in kaart brengt. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat de inschatting van beschermende factoren met de SAPROF als aanvulling op risicofactoren van meerwaarde is en onder meer leidt tot betere risico-inschattingen en meer concrete aanbevelingen voor risicomangement (Burghart et al., 2023; De Vries Robbé et al., 2020). Wanaker et al. (2018) concluderen dat er enig bewijs is dat het opnemen van krachten in risicotaxatie-instrumenten de voorspellende nauwkeurigheid van deze instrumenten kan verbeteren.

Krachten en beschermende factoren zijn echter niet aan elkaar gelijk te stellen: krachten fungeren niet altijd als beschermende factor, bijvoorbeeld talenten of sociale relaties vormen niet altijd een bescherming tegen terugval in delictgedrag.

2.2.2.3. Werkzaamheid van herstel- en krachtgericht werken in het forensische domein

Het belang van het inschatten van beschermende factoren voor de behandeling van patiënten/cliënten is ruimschoots aangetoond (zie bijvoorbeeld Burghart et al., 2023). De effecten van herstel- en krachtgericht werken in het forensische domein zijn in de literatuur nog weinig kwantitatief onderbouwd met onderzoek, wel zijn er kwalitatieve beschrijvingen van de resultaten van deze aanpak in dit domein. Chen et al. (2021) hebben het herstel van een patiënt/cliënt in een Canadese forensische kliniek nauwgezet beschreven vanuit verschillende perspectieven en trekken hieruit de conclusie dat goede samenwerking tussen de patiënt/cliënt en de professionals, gezamenlijke beslissingen nemen, positieve risk-taking¹ en zorgen voor voldoende relationele veiligheid de belangrijkste werkzame elementen van herstelgerichte zorg waren die resulteerden in het succesvolle herstel van deze patiënt/cliënt: ze was in staat om buiten de kliniek te gaan wonen en voor haar baby te zorgen. Møllerhøy (2021) interviewde negen, in een Deense forensische kliniek verblijvende patiënten/cliënten over hun proces van herstel en daaruit bleken de belangrijkste processen voor de patiënten/cliënten het leren omgaan met de psychische stoornis en met hun ouderschap. Zij gaven aan vanuit de professionals hoop en optimisme nodig te hebben, meer dan specifieke interventies. Herstel blijkt voor hen een tijdrovend proces waarbij veel barrières genomen moeten worden, zoals (zelf)stigma, schaamte, gebrek aan mogelijkheden en acceptatie van beperkingen. Quinn et al. (2022) hebben een toepassing van het GLM-model in een Engelse forensische kliniek geëvalueerd. Deze toepassing bestond uit het in samenwerking met de cliënt en het multidisciplinaire team formuleren van de levensdoelen van de patiënt/cliënt, die vervolgens leidend waren in de zorg voor deze patiënt/cliënt. Ze concluderen dat het GLM-model een goed bruikbaar model is in het forensisch domein. Er ontstaat meer relationele veiligheid door het onderling vertrouwen, beschikbaar zijn en de goede samenwerking. Hoop ontstaat door de nadruk op krachten en de mogelijkheden voor de toekomst. Een belangrijke bevinding is dat de risico's niet aan de kant worden geschoven, maar een centrale plaats hebben in de gesprekken tussen de professionals en de patiënten/cliënten. Veiligheid wordt voortdurend meegenomen in de communicatie. In Nederlandse context beschrijven Noom et al. (2021) het herstel van een patiënt/cliënt bij wie ook met een gezamenlijk plan met positieve levensdoelen gewerkt wordt (*Mijn positief levensplan*), waaruit valt te concluderen dat de focus op positieve doelen de behoefte aan risicogedrag vermindert bij deze patiënt/cliënt. Deze kleinschalige evaluaties geven voorslagnog een positief beeld van de toepasbaarheid van herstel- en krachtgerichte benaderingen in het forensische domein.

¹ Positive risk-taking is het bewust nemen van verantwoorde risico's om groei, zelfstandigheid en welzijn te bevorderen (Reddington, 2017)

2.2.2.4 Subgroepen

Enig onderzoek is gedaan naar herstel- en krachtgericht werken bij specifieke subgroepen in de forensische zorg. Zo hebben Aga et al. (2019) onderzoek gedaan naar de herstelgerichte behoeften van mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB) in de forensische zorg. Over het algemeen komen deze behoeften overeen met de 'normale' LVB-doelgroep. Enkele factoren zijn wel specifiek. Vooral omgevings- en sociale hulpbronnen worden gezien als cruciaal. De respondenten noemen daarbij contact met dieren, bijvoorbeeld voor een dier zorgen of een mentor die diens hond meeneemt. Verder zijn voorspelbaarheid, rust en veiligheid belangrijk, en het hebben van toekomstperspectief.

2.2.2.5 Conclusie

Herstelgericht werken en krachtgericht werken zijn beide benaderingen die gericht zijn op groei, ontdekken van mogelijkheden en ruimte bieden voor kansen. De subjectieve beleving van de patiënt/cliënt staat in beide benaderingen centraal. De herstelgerichte benadering heeft het proces van persoonlijk herstel van een patiënt/cliënt uitgewerkt tot een aansprekend model dat woorden geeft aan de kenmerkende processen die een patiënt/cliënt doormaakt onderweg naar herstel: verbinding, hoop, identiteit, betekenis en grip op het leven. In de forensische zorg geldt veiligheid als aanvullend proces, wat zowel veilig voelen als verantwoordelijk voelen voor de veiligheid van anderen inhoudt. Verder worden krachten doorgaans vertaald als beschermende factoren, maar deze concepten zijn niet gelijk te stellen, zoals hiervoor toegelicht is.

De forensische zorg kent complexe uitdagingen voor de toepassing van herstel- en krachtgericht werken. Niet alle gedrag van patiënten/cliënten wordt geaccepteerd, autonomie en zelfbeschikking zijn niet altijd mogelijk, hoop houden en verkrijgen van een positieve identiteit is moeilijk. Aanwezigheid van (zelf)stigma speelt een grote rol in de terugkeer naar de samenleving. Diverse case-studies laten zien dat een herstelgerichte of krachtgerichte benadering goed samen kan gaan met aandacht voor risico op terugval in delictgedrag.

2.2.3 Welke werkwijzen, methodieken en handreikingen over herstel- en krachtgericht werken zijn er beschikbaar in de forensische zorg en aanpalende sectoren?

Zoals hiervoor aangegeven bestaat het herstel- en krachtgericht werken voornamelijk uit een visie op herstel van de patiënt/cliënt en niet uit nauw omschreven interventies, methodieken of werkwijzen. Er zijn veel werkwijzen die het herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg kunnen ondersteunen. Aan de hand van deze beknopte search is onderstaand overzicht gemaakt van werkwijzen. Het doel van dit overzicht is niet om een uitputtend overzicht van alle mogelijke werkwijzen te geven. We beogen met dit overzicht de werkwijzen aan te reiken die we bruikbaar achten voor de forensische zorg. In dit overzicht vermelden we kort de naam van de werkwijze of methodiek. In Bijlage 4 is een toelichting per werkwijze te vinden.

Werkwijzen in begeleiding/behandeling en empowerment van patiënten/cliënten

- Good Lives Model (incl. Mijn Positief Levensplan)
- Beschermende factoren in risicotaxatie voor geweld
- Forensic Assertive Community Treatment²
- Forensic High Intensive Care³
- Community reinforcement approach¹
- Steunend Relationeel Handelen¹
- Individuele Rehabilitatie Benadering¹

² Deze interventie is beschreven in Van Gestel-Timmermans et al. (2015). Dit is een uitgebreide literatuurstudie naar herstelgerichte interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (en ernstige psychische aandoeningen).

³ Deze interventie is tijdens de huidige veldverkenning genoemd door de respondenten. De interventie wordt bij de aan deze veldverkenning deelnemende instellingen toegepast.

- Active Recovery Triad²
- See Think Act
- Motiverende gespreksvoering¹
- Shared Decision Making¹
- Seeking Safety
- Weet wat je kan
- Illness Management and Recovery
- Presentiebenadering²

Vormen van lotgenoten contact

- Wellness Recovery Action Plan¹
- Herstellen doe je Zelf¹
- Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid¹
- Herstelacademie
- Peer-Supported Open Dialogue
- Credible Messengers

Werkwijzen om contact met informeel netwerk te versterken

- Family peer support¹
- Critical Time Intervention¹
- Eigen kracht conferenties

2.2.4 Welke rol hebben ervaringsdeskundigen in herstel- en krachtgericht werken?

2.2.4.1 Rol van ervaringsdeskundigheid

In de brede sector van zorg en welzijn wordt de waarde van ervaringsdeskundigheid steeds meer erkend. Ervaringsdeskundigheid komt voort uit de 'ervaringen van herstel van mensen die te kampen hebben (gehad) met een ontwrichtende situatie, zoals psychische problemen' (GGZ Standaard Ervaringsdeskundigheid⁴). Ook in de forensische behandeling kunnen ervaringsdeskundigen als beroepskrachten worden ingezet als zij een opleiding hiertoe hebben afgerond. Ervaringsdeskundigen in het forensische domein hebben daarnaast een verleden als dader van strafbaar gedrag. Zij hebben een behandeling afgerond om het recidiverisico te verminderen en beschikken doorgaans dus ook over ervaringsdeskundigheid op het gebied van leven in geslotenheid (tijdens opname en/of detentie) en hanteren van risicomanagement ter voorkoming van delictpleging. In de literatuur wordt daarom gesuggereerd dat aan ervaringsdeskundigen in het forensische domein hogere eisen worden gesteld wat betreft zelfinzicht dan ervaringsdeskundigen in het niet-forensische domein. Dit geldt niet alleen vanwege het dubbele stigma dat aan hen kleeft als patiënt/cliënt en als dader, maar ook vanwege de doorgaans ernstige en niet eenvoudige beïnvloedbare problematiek van patiënten/cliënten in de forensische zorg (Hardy et al., 2023).

Meestal wordt ervaringskennis benut door hiertoe opgeleide beroepskrachten in te zetten. In het recent ontwikkelde Kwaliteitskader Forensische Zorg wordt dan ook aangegeven dat aanbieders van forensische zorg dienen te beschikken over een visie en beleid over de inzet van geschoolde ervaringsdeskundigen. Daarnaast bestaan er echter ook meer informele manieren om ervaringskennis te benutten, bijvoorbeeld in het steunend contact dat patiënten/cliënten elkaar kunnen bieden tijdens een opname (Doyle et al., 2017). In een Britse gevangenis is onderzoek gedaan naar een programma waarbij zedendelinquenten worden getraind om medegedetineerden emotionele ondersteuning te bieden. De gedetineerden die deze peer support bieden geven aan dat zij hierdoor op een positieve manier betekenis kunnen geven aan hun detentie, een betere relatie met medewerkers en medegedetineerden hebben en persoonlijke groei ervaren (Perrin et al., 2018).

⁴ Deze zorgstandaard is ontwikkeld voor de ggz inclusief de verslavingszorg en biedt handvatten en aanbevelingen die veelal toepasbaar zijn in het bredere werkveld van zorg en welzijn.

2.2.4.2 Taken van ervaringsdeskundigen

De taken van ervaringsdeskundigen, in de rol van geschoolde beroepskrachten, zijn doorgaans tweeledig. In de eerste plaats zijn zij actief in het stimuleren van het herstelproces bij individuele patiënten/cliënten. In een studie naar ervaringsdeskundigheid in een forensische verslavingskliniek wordt beschreven dat de ervaringsdeskundige ook regelmatig deelneemt aan dagelijkse activiteiten op de afdeling, zoals koken om vertrouwen op te bouwen bij patiënten/cliënten. Daarnaast voeren zij veel individuele gesprekken met patiënten/cliënten. Deze kunnen gaan over actuele kwesties in de kliniek maar ook over behandelinhoudelijke thema's zoals omgaan met craving bij verslaving (Walde et al., 2023). Daarnaast kunnen ervaringsdeskundigen worden ingezet om zogenoemde lotgenotengroepen of herstelgroepen te geven, zoals de WRAP (Bierbooms et al., 2017, zie ook Bijlage 4). In de tweede plaats hebben ervaringsdeskundigen als taak om het patiënt/cliëntperspectief aan behandeling en beleid toe te voegen en te fungeren als vraagbaak voor behandelaren (Bierbooms et al., 2017; GGZ standaarden Herstelondersteuning en Ervaringsdeskundigheid).

2.2.4.3 Effecten van de inzet van ervaringsdeskundigen

Het onderzoek naar de effecten van de inzet van ervaringsdeskundigen in de forensische zorg is beperkt. Er zijn aanwijzingen dat de inzet van ervaringsdeskundigen kan bijdragen aan persoonlijk herstel. In een Canadese forensische kliniek is een programma ingevoerd waarin patiënten/cliënten kunnen deelnemen aan wekelijkse groepsbijeenkomsten geleid door een ervaringsdeskundige als beroepskracht, gericht op steun verlenen bij psychische klachten en verslavingsproblemen of individuele gesprekken met een ervaringsdeskundige. Met 25 patiënten/cliënten die aan dit programma deelnemen is zowel voorafgaand als negen maanden na de start een interview gehouden. Uit deze interviews blijkt dat patiënten/cliënten meer hoop voor de toekomst hebben, meer empowerment ervaren en een betere verbinding met anderen (Livingston et al., 2013). In een Duitse forensische kliniek is een peersupportprogramma geëvalueerd, waarbij een ervaringsdeskundige als beroepskracht individuele gesprekken voert met patiënten/cliënten. Uit interviews en focusgroep discussies met in totaal 25 patiënten/cliënten blijkt dat zij door de steun van ervaringsdeskundigen meer hoop ervaren. Daarnaast geven patiënten/cliënten aan door het contact met ervaringsdeskundigen meer vertrouwen te hebben in hun behandelaren, waardoor zij zich ook meer durven openstellen in de therapie (Walde et al., 2023).

Verder zijn enige aanwijzingen gevonden voor symptomatisch herstel door contact met ervaringsdeskundigen. Dit is gevonden in een Amerikaans onderzoek onder mensen met ernstige psychische problemen die de afgelopen jaar twee jaar zijn aangeklaagd voor een klein vergrijp of overtreding (Clayton et al., 2013). Patiënten/cliënten hebben enkel *treatment as usual* gevolgd of *treatment as usual* plus deelname aan een zogenoemd 'citizen project'. Dit vier maanden durende project bestond uit individuele gesprekken met een ervaringsdeskundige als beroepskracht en twee projecten gericht op het bevorderen van resocialisatiemogelijkheden. De resultaten zijn niet eenduidig. Positief is dat deelnemers aan het citizen project, gemeten met de Addiction Severity Index (McClellan et al., 1985), minder middelengebruik rapporteren dan deelnemers die uitsluitend *treatment as usual* hebben gevolgd bij zowel zes maanden als twaalf maanden na start van de interventie. Gemeten met de Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) werd na zes maanden echter een toename in angst/depressie en agitatie gevonden en na twaalf maanden een toename in negatieve symptomen (desoriëntatie en emotioneel terugtrekken) in vergelijking met de baseline meting. Mogelijk zijn de toegenomen angstklachten te wijten aan het verminderde middelengebruik, geven de auteurs aan, en werd het middelengebruik voorheen ingezet als zelfmedicatie. Een andere verklaring die de auteurs geven is dat positieve levensveranderende gebeurtenissen kunnen samengaan met enige mate van angst en/of agitatie. Twaalf maanden na start van de interventie werd een grotere toename in kwaliteit van leven gevonden bij deelnemers aan het citizen project. Evenwel blijft onduidelijk welke effecten toe te schrijven zijn aan inzet van de ervaringsdeskundigen en welke aan de overige twee projecten gericht op bevorderen van de resocialisatie.

Hoewel in de literatuur positieve ervaringen worden gevonden met de inzet van ervaringsdeskundigen als beroepskrachten, zijn die bevindingen niet uitsluitend positief. Zo wordt gevonden dat zowel patiënten/cliënten als professionals in het begin terughoudend zijn naar de ervaringsdeskundige en dat vertrouwen moet worden opgebouwd (Walde et al., 2023). Een goed implementatieplan lijkt dus noodzakelijk om te kunnen profiteren van de voordelen die de inzet van ervaringsdeskundigen kan hebben. Het creëren van draagvlak bij zowel patiënten/cliënten als professionals en duidelijkheid over de rol van de ervaringsdeskundige zijn daarin belangrijke

elementen (Bierbooms et al., 2017). Verdere tips en handreikingen worden gegeven in het rapport 'Ervaringsdeskundigheid in de forensische GGZ' (Bierbooms et al., 2017).

2.3. Resultaten praktijkonderzoek

Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen uit de interviews met elf professionals en negen patiënten/cliënten (zie Bijlage 1) aan de hand van verschillende thema's. We beginnen met een beschrijving van wat er door professionals wordt verstaan onder herstel- en krachtgericht werken (onderzoeksvraag 1) en in hoeverre professionals bekend zijn met de termen. Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd aan de hand van de CHIME-Secure thema's⁵, namelijk verbinding (de werkrelatie en het sociaal netwerk), hoop, herstel van een positieve identiteit, zingeving en het gevoel van grip op het leven (empowerment) (Leamy et al., 2011) en veiligheid. Daarna wordt besproken hoe principes van herstel- en krachtgericht werken vorm krijgen in de behandeling en wat daarvoor nodig is. In dit deel komen de volgende thema's aan bod: gebruikte herstel- en krachtgerichte methodieken, de inzet van ervaringsdeskundigheid, herstel- en krachtgericht werken in het behandelplan en voorwaarden voor herstel- en krachtgericht werken. Tabel 1 bevat een overzicht van deze thema's en een verwijzing naar de bijbehorende paragrafen.

Tabel 1. Overzicht resultaten.

Bekendheid termen	CHIME-S	Behandeling en implementatie
2.3.1.1 Betekenis herstelgericht werken	2.3.2 Verbinding: werkrelatie en netwerk	2.3.7 Herstel- en krachtgerichte methodieken
2.3.1.2 Betekenis krachtgericht werken	2.3.3 Hoop en betekenisgeving	2.3.8 Inzet van ervaringsdeskundigheid
2.3.1.3 Relatie herstel- en krachtgericht werken	2.3.4 Identiteitsontwikkeling	2.3.9 Herstel- en krachtgericht werken in behandelplan
	2.3.5 Empowerment	2.3.10 Voorwaarden voor herstel- en krachtgericht werken
	2.3.6 Waarborgen van veiligheid	

2.3.1 Bekendheid herstel- en krachtgericht werken

De termen herstel- en krachtgericht werken worden over het algemeen niet als zodanig gebruikt door forensische professionals. Respondenten geven aan dat er bijvoorbeeld wel wordt gesproken over 'herstelondersteunende zorg' en 'herstelondersteunend werken'. De betekenis van het begrip krachtgericht werken is onder de respondenten wat minder bekend dan herstelgericht werken. Respondenten bleken echter wel bekend zijn met het idee erachter: kijken naar mogelijkheden en beschermende factoren. Enkele respondenten zijn wel bekend met de termen, maar geven daarbij aan dat het niet op de voorgrond staat. Sommigen weten globaal wat het inhoudt en geven aan dat het terugkomt in bepaalde methodieken die gebruikt worden:

"We doen het wel denk ik"

"Dat is niet zo onze taal. Hier we praten over FHIC en risico- en beschermende factoren."

"We zeggen niet, we gaan hier krachtgericht op inzetten of we gaan nu herstelgericht werken, dat zeggen wij niet nee. We zeggen we kijken naar de mogelijkheden van de patiënt/cliënt."

⁵ Zie paragraaf 2.2.1.1 Herstelgericht werken voor uitleg over het CHIME model en het CHIME-Secure model.

"De termen herstel- en krachtgericht werken gebruik ik niet per se op die manier, maar ik denk dat ik wel bekend ben met het idee wat erachter zit."

2.3.1.1 Betekenis herstelgericht werken

Aan herstelgericht werken worden door respondenten verschillende betekenissen gegeven. Professionals noemen hierbij aspecten die refereren aan een positieve basishouding, zoals 'naast de patiënt/cliënt gaan staan', 'hoop', 'luisteren', 'samen onderzoeken waar iemands mogelijkheden zitten en hoe iemand het meest tot zijn recht kan komen', 'aandacht voor beschermende factoren' en 'verlichten van lijdensdruk'. Aandacht voor 'de mens' is hierbij een belangrijk aspect.

De professionals zien herstel als een proces, zoals deze professional beschrijft: *"Herstel is een proces wat iemand doormaakt, dat hij weer durft te dromen, hoop vindt, perspectief krijgt, stappen weer kan zetten."* Herstelgericht werken gaat over het scheppen van de juiste voorwaarden voor groei met aandacht voor de mens:

"Dat je de voorwaarden schept waarbinnen iemand zich kan ontplooien en kan groeien en zich ook kan ontwikkelen, dat betekent voor mij herstel. Herstel betekent voor mij ook dat je weer durft te leven, dat je weer durft je kwetsbaar op te stellen, dat je weer hoop vindt ergens voor te gaan. Dus herstel is een heel breed begrip. Herstel zit hem in zingeving en gezien en gehoord worden."

2.3.1.2 Betekenis krachtgericht werken

Krachtgericht werken houdt volgens professionals in dat er, naast aandacht voor risicofactoren, aandacht is voor iemands wensen en waar iemand voldoening en energie uit haalt, iemands mogelijkheden en kwaliteiten, iemands goede en sterke eigenschappen en hoe deze kunnen worden aangesproken en uitvergroot:

"Voor mij betekent het vooral dat we naast de risicofactoren die we natuurlijk een plek moeten geven in de behandeling - want dat is onze opdracht om die naar beneden te brengen - om juist daarnaast ook te kijken: wat zijn iemands wensen, mogelijkheden en kwaliteiten en hoe kunnen we die eigenschappen eigenlijk vooral benutten en vergroten en daarmee ook misschien een beschermende functie laten krijgen."

"Voor mij betekent het dat je niet alleen focus hebt op risicofactoren maar dat je veel meer aandacht hebt voor de mens daarachter. En dat je veel meer oog heb voor hoe kan je iemand als mens verstevigen, krachtiger maken? Dat iemand met een mildere blik naar zichzelf en naar anderen kan kijken en naar de wereld kan kijken."

Autonomie en eigen regie zijn hierbij veelgenoemde sleutelbegrippen. Enkele professionals refereren hiernaar met de uitdrukking 'iemand in zijn kracht zetten'. Een respondent is echter kritisch op deze terminologie:

"Ik word een beetje allergisch van iemand in zijn kracht zetten, want daar geloof ik niet zo in. Ik geloof dat mensen dat zelf doen, maar je kan mensen wel ondersteunen in dat proces. Of de randvoorwaarden scheppen waarin iemand kan groeien of zich kan ontwikkelen. Dat zit hem in de bejegening, het zit hem in voorwaarden scheppen, het zit hem in kansen creëren, geloven in iemand, mogelijkheden creëren."

2.3.1.3 Relatie herstel- en krachtgericht werken

Professionals geven aan dat krachtgericht werken veel raakvlakken heeft met herstelgericht werken (*"het is een beetje één noemer"*, *"ik denk dat er niet zoveel verschil tussen zit"*). Net als bij herstelgericht werken noemen zij dat het bij krachtgericht werken gaat om het zien van 'de mens' en het scheppen van de juiste voorwaarden voor groei.

Er worden wel enkele verschillen tussen de twee concepten benoemd. Sommigen zien herstelgericht werken meer als een persoonlijk proces van de patiënt/cliënt. Krachtgericht werken lijkt dan meer iets van de professionals zelf die dat proces ondersteunen. Herstel zou meer gericht zijn op resocialisatie. Het één wordt min of meer als een onderdeel van het ander gezien.

"Bij krachtgericht werken ga je meer uit van wat iemands krachten en mogelijkheden zijn, en probeer je dat in te zetten en uit te bouwen. Bij herstelgericht werken zet je interventies in om de dingen uit het verleden te herstellen, dus o.a. symptomen van de ziekte te bestrijden, maar bijvoorbeeld ook participatie op de arbeidsmarkt herstellen. Het heeft raakvlakken, het één kan niet zonder het ander."

Een interessante kanttekening hierbij is dat krachtgericht werken als term wellicht passender is voor forensische patiënten/cliënten dan herstelgericht werken, zoals deze ervaringsdeskundige uitlegt:

"Als je het over herstel hebt, dan denken mensen vaak dat ze ziek zijn. Dan zeggen ze tegen mij, hoezo moet ik herstellen? In de geestelijke gezondheidszorg is het zo normaal om dat begrip te gebruiken, maar in de gevangenis lijkt het eerder alsof je ze stigmatiseert door te zeggen, je kan ook aan je herstel werken of herstelgericht werken. Mensen labelen dat vaak alsof er dan iets mis met ze is. Dus krachtgericht werken past dan in mijn optiek veel beter."

2.3.2 Verbinding: de werkrelatie en het netwerk

2.3.2.1 Verbinding tussen professional en patiënt/cliënt

De relatie tussen de professional en de patiënt/cliënt kwam vaak aan de orde in de interviews. Hoe deze relatie wordt vormgegeven en wordt ervaren speelt een grote rol in het herstel- en krachtgericht werken. Het begint met een werkrelatie, van daaruit kan er gekeken worden naar wat nodig is in de weg naar herstel.

Het aangaan van contact, interesse tonen in de persoon achter de patiënt/cliënt en de mens achter de ziekte willen zien, zijn allemaal elementen van de relatie tussen de patiënt/cliënt en de professional, die als belangrijke helende factoren worden benoemd. Ook present zijn, aanspreekbaar zijn en opmerken hoe de patiënt/cliënt erbij zit zijn essentiële elementen volgens de professionals. Vanuit dit contact is het mogelijk is om de patiënt/cliënt aan te spreken, vinden de professionals:

"Vanuit een werkzame relatie kun je ook veel meer met elkaar bereiken dan wanneer je vanuit beheersing aan de gang gaat, want dan zetten mensen ook de hakken in het zand."

De professionals benoemen dat het hierbij gaat om afstemmen op de patiënt/cliënt, op een gelijk niveau, ontdekken wat de patiënt/cliënt wil en nodig heeft, wat het gedrag van de patiënt/cliënt zegt, en ervoor zorgen dat deze zich gehoord voelt. Het 'gewone' contact, het goed afstemmen op de patiënt/cliënt is volgens een professional ook een leerervaring voor de patiënt/cliënt. Door voorbeeldreacties te laten zien leert de patiënt/cliënt hoe het gezond afstemmen tussen mensen eruit kan zien. Professionals vinden dit een belangrijk werkzaam element in herstel en krachtgericht werken:

"Afstemmen op de ander vind ik echt ontzettend belangrijk. Dat geldt voor zowel afstemmen op je collega's, als op de organisatie, maar zeker ook op patiënten en cliënten. Proberen je in te leven in de leefwereld van die ander."

Patiënten/cliënten vinden het contact, de relatie, ook belangrijk bij herstel- en krachtgericht werken. Zij noemen het gezien en gehoord worden door de professionals. Zij achten het van belang dat de professional interesse in hen toont, niet alleen om te controleren, maar dat zij ook echt geïnteresseerd zijn in hen als mens en in hoe het met hen gaat. Ook als het even niet goed met hen gaat, vinden ze het belangrijk dat de professional daar aandacht aan geeft:

"Ze hebben wel degelijk oog voor je en ze proberen ook als je down bent toch op vragen te komen, of 'kom er even bij zitten' of ze proberen je toch uit die schulp te halen op de een of andere manier. Ik ervaar dat als heel erg prettig."

2.3.2.2 Veiligheid bieden door openheid en vertrouwen

De professionals benoemen het belang van veiligheid bieden door betrouwbaar te zijn, ervoor te zorgen dat patiënten/cliënten op hen kunnen rekenen door afspraken na te komen. Dit kan onder meer door praktische zaken te regelen voor de patiënt/cliënt. De patiënt/cliënt denkt dan: *"Hé, hij kan mij helpen."* Of door oog te hebben voor stressvolle momenten van patiënt/cliënten en dan aanwezig te zijn, bijvoorbeeld door mee te gaan naar een loket of te onderzoeken wat een patiënt/cliënt wel of niet aankan: *"Dat je betrouwbaar bent of dat mensen op je kunnen rekenen, dat je doet wat je zegt en dat je zegt wat je doet."*

Professionals proberen daarbij de patiënten/cliënten vertrouwen te geven waar dat kan: *"Ik moet dan denken aan een stukje vertrouwen dat je probeert te geven aan een patiënt/cliënt, [...]. Laatst moest iemand een urinecontrole doen en die was in slaap gevallen en toen hebben we gekozen om te vertrouwen in plaats van te straffen."*

Een andere manier van het bieden van veiligheid is door als professional open te zijn en zichzelf kwetsbaar op te stellen en gelijkwaardigheid te bieden, voor zover dat kan: *"Ik probeer dat altijd te doen door eerst iets over mezelf te vertellen. Mezelf kwetsbaar op te stellen zodat je de ander uitnodigt om dat ook te kunnen doen."*

Een manier waarop de professional de gelijkwaardigheid als mens probeert na te streven is door te vertellen hoe hij zelf omgaat met lastige situaties:

"Die man waar ik het net over had, wat ik een tijdje geleden tegen hem zei, dat ging over in het moment zijn en in plaats van de hele tijd in je hoofd en piekeren. Ik zei "Nou, toen ik vanochtend in de auto zat merkte ik ook aan mezelf dat ik zat na te denken over een vergadering die ik vandaag had en die spannend is en ik betrapte mezelf daarop en toen heb ik ook gewoon even gedacht, nee, stop daarmee, muziekje aan, ik stond in de file een beetje uit het raam te kijken, er stonden diertjes in de wei, de zon scheen daaroverheen. Dat je iemand helpt met een eigen voorbeeld."

Eén respondent noemt dit 'evenwaardig'. Dit geeft beter uitdrukking aan de relatie dan gelijkwaardig, omdat de relatie immers niet echt gelijk is, maar iedereen is evenveel waard.

Ingewikkeld wordt het wanneer patiënten/cliënten iets vertellen dat de professionals moeten rapporteren. Daar is wel een worsteling. Een professional heeft daar een visie op:

"Ik probeer altijd heel transparant te zijn, dus eigenlijk niks zeggen over de patiënt/cliënt zonder de patiënt/cliënt. Dus ik denk dat dat in ieder geval wel een vorm is van gelijkwaardig. Ik vind dat je moet kunnen uitleggen wat je doet en waarom je dat doet of wat je ergens van vindt, dat iemand daar recht op heeft."

Hoewel het mogelijk niet onder alle omstandigheden voor alle professionals mogelijk is om volledig transparant te zijn is het uitgangspunt van deze respondent helder: transparantie kan bijdragen aan gelijkwaardigheid en daarmee aan een goede werkgrelatie. De patiënten/cliënten noemen zelf dat openheid vanuit de professional, ook over wat niet lukt, het gevoel van veiligheid kan sterken. Juist de openheid kan ervoor zorgen dat een patiënt/cliënt zich open durft te stellen. Bijvoorbeeld doordat een professional zegt dat hij het moeilijk vindt om de patiënt/cliënt te begrijpen. Dat geeft een gelijkwaardig gevoel. Of dat de professional eigen problemen benoemt:

"En als je aan herstel wilt werken, dan moet je wel helemaal ook vanuit gelijkwaardigheid kunnen gaan, want dan weet je pas dat de persoon een echt antwoord geeft en niet een antwoord als iemand die meer is dan jij en die het beter weet dan jij of zo."

Een andere patiënt/cliënt verwoordt het als volgt:

Patiënt/cliënt.: Het enigste wat moeilijk hier is dat je heel erg moet slijmen naar iedereen. Iedereen proberen aardig te vinden, en zo ben ik gewoon niet. Als ik iemand niet mag dan

zeg ik het ook. ... Dat is zo'n spelletje hier. En dan moet je op toneel, en nou je speelt elke dag hier al toneel. ...Dat doe ik 24 uur per dag.

Interviewer: Wat zou je nou helpen om minder toneel te hoeven spelen?

Patiënt/cliënt.: Eerlijker zijn. Gewoon oprecht. Zijn wie ze zijn. Niet zo: de ene keer zo en dan de andere keer zo, maar gewoon blijven wie je bent.

Patiënten/cliënten waarderen openheid en oprechtheid bij professionals. Dit betreft ook fouten durven toegeven. Professionals kunnen fouten maken en het is voor de patiënt/cliënt belangrijk dat dit wordt toegegeven: *"Daar heb ik echt een heel nederig excuus van gekregen, sorry dit had niet mogen gebeuren, hier moeten we beter op letten."*

Daarnaast noemen de patiënten/cliënten gelijkwaardigheid ervaren als prettig. Dat gevoel kan volgens hen onder meer worden versterkt door samen activiteiten te doen. De professionals benadrukken dat de patiënten/cliënten zich zoveel mogelijk thuis moeten kunnen voelen. Samen een veilig leefklimaat vormen door samen te werken en te leven.

Een andere professional stelt dat na breuken in de werkrelatie, zoals na maatregelen die volgen op gedrag, het herstel van het contact essentieel is:

"Zo snel mogelijk weer in contact komen, het contact herstellen, daar geloof ik echt in, door in contact te blijven met mensen. Je kan mensen wel een consequentie geven voor bepaald gedrag en dan kan je mensen sanctioneren, maar dan zo snel mogelijk weer dat contact herstellen."

2.3.2.3 Verbinding met het netwerk

Herstel van verbinding met een netwerk is nodig voor rehabilitatie, omdat bij veel patiënten/cliënten het netwerk klein is en zij in geval van een procrimineel netwerk moeten leren omgaan met de negatieve invloed hiervan.

Alle geïnterviewde professionals brengen het netwerk van de patiënt/cliënt in meer of mindere mate in kaart. Ze kijken of ze een rol kunnen hebben in de behandeling. Dat kan niet altijd, soms is er geen netwerk of alleen een negatief netwerk: *"Het netwerk is vaak zeer klein en niet altijd positief"*.

Meerdere professionals benoemen het betrekken van het netwerk van de patiënt/cliënt als belangrijk middel in het proces naar herstel en rehabilitatie. Een positief netwerk wordt niet expliciet als kracht benoemd, maar wel als zodanig herkend. Enkele professionals maken verder onderscheid in een steunend of beschermend netwerk. Steunende netwerken zijn voor de patiënt/cliënt een steun bij de rehabilitatie, maar zijn niet per se een bescherming tegen terugval in delictgedrag. Beschermende netwerken doen dat wel. Enkele professionals benoemen dat met de patiënten/cliënten en het netwerk kan worden besproken welke functie een netwerk kan hebben.

Het betrekken van het netwerk kan een vorm van herstel- en krachtgericht werken zijn, maar houdt ook risico's in. *"Daar zit toch altijd ook iets controlerends in, daar hoef je ook niet geheimzinnig over te doen. Je wil ook gegarandeerd hebben dat het veilig genoeg is voor die patiënt/cliënt, voor die familie. Dat kun je ook allemaal uitleggen."*

De mate waarin de instellingen het netwerk betrekken is verschillend. De geïnterviewde professionals werkzaam in de PPC leggen niet zelf contact met het netwerk, dat doen de maatschappelijk werkers of casemanagers. In de meeste klinieken zijn er casemanagers of systeemwerkers die het contact met het netwerk leggen. De klinieken verschillen onderling in de invulling die zij geven aan het contact met het netwerk. De ene kliniek geeft bijvoorbeeld psycho-educatie aan het netwerk en de andere kliniek niet. De ene kliniek biedt systeembehandeling aan en de andere niet. Enkele professionals benoemen dat ze de patiënt/cliënt helpen bij het leggen van contact door het gesprek op gang te brengen of de patiënt/cliënt te ondersteunen bij het contact.

Een behandelaar van een PPC benoemt dat er veel aandacht is voor het fysiek mogelijk maken van contact met familie, bijvoorbeeld door familiekamers in te richten waar men naast elkaar kan zitten, foto's te maken van deze momenten, patiënten/cliënten te helpen hoe ze het gesprek kunnen aangaan, beeldbellen mogelijk te maken en mogelijk te maken om samen iets te doen,

bijvoorbeeld samen koekjes te bakken. Daarnaast voert men gesprekken over hoe het ouderschap in te vullen of hoe het netwerk te vergroten.

Meerdere professionals benadrukken dat het betrekken van het netwerk complex is wanneer het delict is gepleegd in het netwerk, en nog complexer wanneer het slachtoffer een kind is. Ze vragen zich af: in wiens belang is het contact? De patiënt/cliënt kan de wens hebben het contact te herstellen, maar voor het netwerk zelf kan dit anders zijn.

Daarnaast belichten de professionals nog een ander aspect van het netwerk: voor het netwerk heeft het delict in veel gevallen een enorme impact. Zij kampen met de gevolgen van het delict. Zoals een behandelaar vertelt:

"Iemand die wordt uitgeschoolden voor moordenaar omdat hun zoon een moord gepleegd heeft. Zo iets gaat ver en er zijn weinig plekken waar mensen buiten hun verhaal kunnen doen en bij ons wel want wij weten als geen ander wat er gebeurd is en staan veel dichter bij de persoon van de dader dan de maatschappij buiten. "

Dit geldt volgens de professionals nog sterker bij zedendelicten. Patiënten/cliënten noemen zelf ook de impact voor hun netwerk:

"Mijn vrouw krijgt het nu voor haar kiezen. Dat is vaak het moeilijke, je systeem wordt ook net zo hard gestraft als jij. Je krijgt allemaal knauwen te verduren. Daar is niet veel hulp voor."

De patiënten denken verschillend over het belang van het netwerk voor hun herstel. De ene patiënt/cliënt vindt het heel fijn dat zijn netwerk wordt betrokken. Het levert hem begrip op en acceptatie. Er zijn ook patiënten/cliënten die dat niet nodig vinden. Dan vinden de patiënten/cliënten het prima om de familie wat op afstand te houden. De professionals vragen toestemming tot contact met familie en respecteren de wens van de patiënt/cliënt hierin. Ze moedigen de patiënt/cliënt soms aan tot meer contact.

Twee geïnterviewde patiënten/cliënten hebben het contact met het netwerk door de professionals als heel steunend ervaren. Ze willen graag herstel van het contact met het netwerk. Een patiënt/cliënt vertelt over het betrekken van zijn ouders:

Patiënt/cliënt: *Mijn ouders wel ja.*

Interviewer: *Op wie zijn verzoek was dat dan?*

Patiënt/cliënt: *Op mijn verzoek. Ik wil dat zij alles weten over mij. Ik wil dadelijk ook het verslag van alles wat het OM ook van mij krijgt, dat verslag heeft de advocaat, dat wil ik dadelijk ook. Dat mijn ouders dat krijgen.*

Interviewer: *Dus jij betreft hen zelf er ook actief bij?*

Patiënt/cliënt: *Ja, ik vind dat echt belangrijk. Ik heb die mensen zo gekwetst ...pff*

Voor deze twee patiënten/cliënten is het herstel met het netwerk een lange, pijnlijke, maar noodzakelijke weg. Het netwerk en de patiënt/cliënt hebben ieder hun autonomie in dit proces: soms wil de patiënt/cliënt niet en soms het netwerk niet. Ze hebben ieder hun eigen mogelijkheden of beperkingen. Soms kan de patiënt/cliënt het niet en soms kan het netwerk het niet, vanwege risico's of andere beperkingen zoals de impact die het delict heeft gehad, zeker wanneer familieleden zelf slachtoffer waren, of de beperkte communicatievaardigheden van het netwerk.

Patiënten/cliënten benoemen dat professionals soms aparte gesprekken met leden van het netwerk hebben of dat ze bemiddelen in gesprekken:

"Normaal gesproken mag niemand van buitenaf informatie over mij opvragen maar zij [echtgenote van de patiënt/cliënt] mocht dat dus wel. Zo werd mijn netwerk er dus bij betrokken. Van goh, ik merk aan X dat het niet lekker gaat en dat hij een beetje depressief is, kun je dat bespreken met hem? (....) Dus als er iets bij mij niet lekker liep, waar ik niet over wilde praten met haar, dan kon zij tegen de behandelaar zeggen: hee, dit en dit valt mij op bij X, kunnen jullie even kijken wat er aan de hand is?"

2.3.3 Hoop- en betekenisgeving

Professionals benoemen 'hoop geven' als een essentieel aspect van herstelgericht werken:

"Ik denk dat je basishouding in het contact met je patiënt/cliënt het allerbelangrijkste is. En dat je daarin als behandelaar altijd hoop blijft uitstralen."

Een behandelaar legt uit dat aan hoop kan worden gewerkt door er te zijn voor patiënt/cliënt, door samen op te trekken, juist ook als het fout gaat:

"Door dan altijd maar weer samen op te trekken, er te zijn en steeds maar weer opnieuw die behandelrelatie aan te gaan. Ik denk dat je daarmee heel erg werkt aan hoop, maar dat je daarmee ook veiligheid biedt."

Herstel van hoop gaat onder andere over afscheid kunnen nemen van het verleden en hoop ontwikkelen op een beter leven. Een patiënt/cliënt vertelde over eerdere traumatische gebeurtenissen die in detentie hebben plaatsgevonden, waarna hij zelf fors agressief is geweest. Behandelaren bespraken met hem de mogelijkheid om psychotherapie te volgen om dit te verwerken. De patiënt/cliënt vertelt:

"Dit heeft mij wel heel erg hoop gegeven van hé, je bent niet meer diegene die in detentie zat, je bent nu een ander persoon, je hebt een tweede kans en we gaan jou helpen om daaruit te komen. Dat je niet meer iemand bent die in detentie heeft gezeten. Je bent iemand die fouten heeft gemaakt, maar je krijgt nieuwe kansen en we gaan die kans aanpakken."

Om hoop te houden is het belangrijk dat de therapie voldoende aansluit bij prosociale doelen die belangrijk zijn voor de cliënt. Patiënten/cliënten en professionals beschrijven dat hoop voor de toekomst op verschillende manieren naar voren komt in een forensische behandeling. Een patiënt/cliënt in het PPC legt uit dat begeleiders hier een belangrijke rol in spelen. Voor hem was dat vooral belangrijk aan het begin van zijn detentieperiode toen hij nog niet wist wat zijn straf ging worden:

"Dan zit je echt in je meest onzekere tijd en dan heb je ook de meest duistere gedachten. En dan heb je de meeste steun echt nodig. Ja, ik zat er echt helemaal doorheen en toen zijn we gewoon in de buitenlucht naar de luchtplaats gegaan met zijn tweeën. Gewoon even een uurtje gewandeld. En toen zette hij mij op een bankje neer en zei: 'Maar over 2 of 2,5 jaar zie jij gewoon je gezin weer hoor. Dan kan je gewoon met je zoontje gaan voetballen en vliegeren.' Uiteindelijk bleek dat dus 3 jaar te worden. Het feit dat je op zo'n moment even gehoord wordt. En een klein beetje van 'Joh, je moet hier nou eenmaal verblijven maar weet dat het ook een keer eindigt'. Dus ze proberen inderdaad wel hoop te geven."

Voor een patiënt/cliënt die in een forensische verslavingskliniek wordt behandeld is de hoop dat hij weer een betekenisvolle rol in het leven van zijn kinderen kan spelen belangrijk:

"Door te veranderen kun je je dingen beter voor elkaar krijgen. Dan ga je je kinderen weer zien en ga je alles weer op de rit krijgen. Als je maar constant drinkt en doorgaat, ja dat schiet niet op."

Het vasthouden van hoop is niet eenvoudig wanneer een behandeling stroef verloopt of lang duurt. Behandelaren geven aan dat het kan helpen om kleine doelen te stellen en daarbij aandacht voor krachten van patiënten/cliënten te hebben. Zo kan een patiënt/cliënt succeservaringen opdoen en hoop houden dat het beter wordt door te ervaren dat er stapjes in de goede richting worden gezet. Belangrijk is om patiënten/cliënten op deze manier, door 'kleine vinkjes' te zetten, te laten ervaren dat verandering daadwerkelijk mogelijk is:

"Niet allerlei hele hoogdravende doelen te stellen, maar patiënten/cliënten laten ervaren dat ze stapjes vooruit maken. Ik denk dat ze daarmee hoop houden dat het beter wordt, dat het anders gaat dan dat ze gewend zijn".

Voor patiënten/cliënten is het daarbij belangrijk om te ervaren dat in geval van een incident dit niet per se een afwijzing betekent, dat behandelaars en patiënten/cliënten samen verder kunnen gaan en dat kan zo worden voorkomen dat patiënten/cliënten en/of professionals na een incident hoop verliezen.

2.3.4 Identiteitsontwikkeling

Herstel van identiteit omvat onder andere reflecteren op delicten uit het verleden, het begrijpen van de eigen kwetsbaarheden en ondersteuning krijgen bij het opbouwen van eigenheid en een positieve identiteit. Patiënten/cliënten noemen dat erkenning van hun eigenheid en van hun verhaal belangrijk is. Dit geeft de veiligheid dat je mag zijn wie je bent: *"Een soort veiligheid in de aanvaarding en dat je als mens gezien wordt en dat ik heel erg de ervaring heb: ik doe ertoe."* Dit 'mens voelen' wordt door patiënten/cliënten als waardevol beschreven. Dit kan bijvoorbeeld worden versterkt door middel van het aanbieden van bepaalde activiteiten. Een behandelcoördinator in de PPC vertelt daarover het volgende:

"De rugbyclub kwam een training geven hier. Zoveel mensen zeiden dat ze zich toen even geen patiënt/cliënt voelden maar gewoon zichzelf. Dat is zo belangrijk."

Acceptatie heeft volgens professionals een belangrijke plek bij de ontwikkeling van een positieve identiteit:

"Er is ook herstel van zaken die ze in het verleden konden, om zoveel mogelijk te proberen dat stukje weer terug te krijgen, maar ook te accepteren dat niet alles meer kan. Soms is de ziekte invaliderend en kom je op een grens. Dan kun je niet meer alles doen wat je in het verleden kon. Dat moet je ook accepteren. Dan moeten we samen met de patiënt/cliënt zoeken waar ze nog wel voldoening uit kunnen krijgen. Dat ze zich toch zoveel mogelijk in de maatschappij kunnen bevinden."

Stigmatisering vormt hierbij een grote uitdaging voor zowel professionals als patiënten/cliënten. Dit gaat om stigma's die patiënten/cliënten over zichzelf hebben, maar ook om stigma's die bestaan bij medepatiënten/-cliënten, professionals, ketenpartners en bijvoorbeeld bij werkgevers of sportverenigingen waar patiënten/cliënten in kader van hun resocialisatie deel van willen uitmaken.

2.3.4.1 Lijdensdruk en zelfstigma

De stigmatisering betreft zowel de psychische problemen als het delictgedrag van patiënten/cliënten. Een behandelaar geeft aan dat de stigmatisering niet voor alle dadergroepen hetzelfde is. Aan geweldsdelicten zou bijvoorbeeld een sterker stigma kleven dan aan vermogensdelicten. Een patiënt/cliënt in ambulante behandeling vertelt over de interne tweestrijd waar hij voortdurend in verkeert als gevolg van zijn seksuele voorkeur en waar hij onder lijdt:

"En als je dan gaat kijken naar wat is herstel, dan is het dat je het zelf leert dragen, het leren omgaan met ondraaglijke pijn. Ik noem het nu ondraaglijke pijn, omdat het iets uitdrukt van: 'Dit is gewoon te veel. Dit mag er eigenlijk niet zijn'. Heel de maatschappij zegt: 'Het mag er niet zijn'."

Een andere patiënt/cliënt vertelt over zijn angst om een slecht persoon te zijn, zowel vanuit stigma over zijn delicten als vanuit zijn psychose: *"Ik ben zo bang om die slechte persoon te zijn en voor mij is dat een bedreigend iets"*.

Patiënten/cliënten moeten tijdens de behandeling soms hun eigen goede kanten leren zien en hebben daarbij hulp van hun behandelaren of begeleiders nodig. Een patiënt/cliënt uit een PPC vertelt dat hij vooral van de psychologen in de instelling het idee krijgt een goed mens te zijn 'ondanks wat ik gedaan heb'. En dat het delict niet per se betekent dat hij een slecht mens is. Met de begeleiders op de afdeling praat hij daar nooit over. Een behandelaar vertelt hoe hij in gesprek met patiënten/cliënten hen probeert te laten ervaren dat ze ook goede kanten hebben:

"Ik denk dat ik altijd wel probeer om binnen een verhaal het positieve eruit te halen. Mensen zijn denk ik door schade en schande soms in die zin ook beschadigd geraakt, hè? En ik merk dat er dan een verhaal komt waarin iemand bijvoorbeeld zichzelf naar beneden haalt. Dat maak ik helaas te vaak mee en dat je dan ook met iemand kunt kijken van, maar wat maakt het dat jij hier nu wel zit en dat je toch dit opnieuw aangaat? En wat zegt dat dan over jou en hoe noem je zo iemand die dat doet, dat je dan toch probeert uit te lokken dat iemand dan dingen moet gaan zeggen als ja, dat is misschien dan toch wel sterk, en dat je dat dan weer heel erg bevestigt. Dus op die manier denk ik dat ik dat doe en steeds maar haakjes toch naar de toekomst proberen te blijven leggen met kleine stapjes."

2.3.4.2 Stigmatisering in de maatschappij en bij ketenpartners

Patiënten/cliënten beschrijven dat ze middels de forensische behandeling een tweede kans krijgen. Bij resocialiseren in de maatschappij voelt dit echter niet altijd zo:

"Mensen weten dat mijn straf erop zit. 'Het monster komt weer naar buiten', dat is wel het beeld. Je bent het spook van de krantenberichten. Dat ik hier behandeling heb gehad dat staat nergens, nee, dat weet niemand. Nee, er staat in de krant 'meneer heeft een hoog recidiverisico', 'hij moet nog naar een kliniek' of weet ik wat. Maar dat is wat die journalisten tijdens de rechtszitting hebben opgevangen. Dat ik daarna drie jaar lang in therapie geweest ben, drie therapieën per week, vaktherapie, psychotherapie en dan nog specifiek voor deze doelgroep, dat staat nergens. [...] Dat weet niemand dus je blijft altijd dat monster."

Deze patiënt/cliënt beschrijft hoe dit hem belemmert in het opbouwen van zijn leven buiten de kliniek:

"Gedoe rond de basisschool van mijn zoontje dat ze mij daar niet willen hebben, gedoe rondom de voetbalclub van mijn zoontje. Gedoe met huisvesting dat de huurbaas gewoon zegt, 'Ik geef je 3000 euro als je voor maart het huurcontract opzegt', dat soort dingen. ... Ze gaan ook invullingen doen zelf: 'We denken niet dat je hier goed kan wonen want 100 meter verder zit een speeltuin'. Ja, de politie heeft er al naar gekeken, de wijkagent zei dat het een prima woning is, de reclassering is aan boord."

Een behandelaar bij een forensische polikliniek beschrijft dat er een wisselwerking bestaat tussen veroordelen die bij ketenpartners bestaan en gedrag dat patiënten/cliënten zelf laten zien. Deze behandelaar geeft daarom aan dat ze ernaar streeft om bij doorverwijzing van patiënten/cliënten naar vervolgvoorzieningen nog een tijdje samen met de vervolgvoorziening de begeleiding uit te voeren vanwege het stigma dat bestaat over patiënten/cliënten van de forensische polikliniek:

"In de regio is de [naam forensische polikliniek] echt wel een instantie, nou, als je daar bent, dan ben je wel een zware jongen, zal ik maar zeggen. Dus dat merken ze zelf ook wel en daar hebben ze soms ook last van ... zowel in dingen voor elkaar krijgen als in de gepaste hulp krijgen en houden."

Door de begeleiding een tijdje dubbel uit te voeren, door de forensische polikliniek en door de vervolgvoorziening, kan de behandelaar bemiddelen tussen de cliënt en de begeleiders van de vervolgvoorziening. Deze bemiddeling is vaker nodig, zo vertelt een andere poliklinisch werkende behandelaar:

"En het blijft toch ook elke keer weer dat serieus genomen worden. Ik heb bij instanties al vaker meegemaakt dat als cliënten inderdaad zelf de telefoon pakken en zelf het woord doen, dat ze dan op een bepaalde manier behandeld worden, dat ik denk van nou ja zeg, kom op. Als wij het woord voeren, dan wordt er opeens anders gesproken over de situatie, de casus of wat dan ook. En daar lopen een aantal cliënten van mij ook tegenaan, die hebben zoiets, 'maar als ik bel, dan word ik niet gehoord of niet geholpen'."

Complex is dat bepaalde vooroordelen die bestaan ook bewaarheid worden waardoor het tegengaan van die stigma's ingewikkeld is. Zo vertelt de behandelaar die nog een tijdje samen met de vervolgvoorziening de begeleiding probeert uit te voeren:

"Want wat er natuurlijk vaker gebeurt is dat ze gewoon weer weggestuurd worden omdat ze dan weer over de grens gegaan zijn of omdat ze weer een keer de stem verheft hebben."

2.3.4.3 Stigmatisering in de forensische zorg

Stigmatisering komt ook binnen de instelling voor. Een patiënt/cliënt uit een PPC vertelt daarover:

"Geef mij die tweede kans. Die mis ik buiten heel erg. Hier binnen is het ook zo met complexbeveiligers, die zijn veel meer blauwgekleurd en veel meer zoals de maatschappij buiten is. Als je zegt 'ik kom voor Unit XX (zedenafdeling)' dan gooien ze al bijna de deur voor je dicht, weet je wel. Niet rechtstreeks want ze zullen het nooit zo zeggen, maar het is wel het gevoel dat je hebt. Terwijl iedereen die hier werkt op deze unit veel meer inzet op begrip en herstel in de therapiekant. Maar dat gevoel moet je wel hebben wil je je hier kwetsbaar durven opstellen."

Patiënten/cliënten ervaren dat de vooroordelen die in de maatschappij bestaan soms ook in de instelling bestaan. Dat kan ook in het contact tussen gedetineerden of patiënten/cliënten zijn. Een cliënt die op een zedenafdeling verblijft geeft aan dat medepatiënten/cliënten zich soms onveilig voelen als ze zich door de instelling begeven:

"Dat je naar een andere unit toe moet voor de kerk, onderwijs of moet gaan sporten en dat je dan langs de werkzalen van de groenploeg moet lopen en daar voorbij zit onze sportzaal, ja nou snap ik dat ze zich bekeken voelen. Maar dat heb ik zelf nooit gehad. Wel heb ik ervaren als ik dan met bekende gezichten loop dat ze daar dan uit filteren wat mijn delict is en dat vind ik dan weleens lastig."

2.3.5 Empowerment

Empowerment wordt in de literatuur beschreven als het ontdekken van het vermogen om je eigen levensomstandigheden positief te beïnvloeden en eigen krachten daarin te ontwikkelen. Autonomie en eigen regie zijn hierin sleutelbegrippen. In de forensische context gelden er echter veel restricties. Daarom is empowerment in de behandeling minder vanzelfsprekend maar wel essentieel voor herstelgericht werken.

Behandelaren beschrijven dat zij op verschillende manieren met patiënten/cliënten werken aan vergroting van hun empowerment. In de eerste plaats proberen zij met patiënten/cliënten overeenstemming te vinden over de behandeldoelen waar zij aan werken (zie ook paragraaf 4.9). Empowerment is vaak ook een proces dat in de behandeling geleerd moet worden. Een forensisch maatschappelijk werker van een forensische polikliniek vertelt dat ze belangrijke gesprekken die haar patiënten/cliënten moeten voeren, bijvoorbeeld met een andere instantie, altijd met hen voorbespreekt:

"En dan probeer je altijd te kijken wat ze zelf kunnen en willen en durven en dat laat je ze dan doen. En op het moment dat ze geïrriteerd raken of merken dat ze het gevoel hebben dat ze niet gehoord worden, dan spreken we meestal een woord af of een teken en dan neem ik het over, of dan spring ik in of dan zeg ik 'wil je even roken', of weet je wel. Dat ze

er even uit kunnen lopen, als ze daar behoefte aan hebben. En dan leg ik ook uit dat dat met de problematiek te maken heeft en dat het juist goed is dat we dat nu samen doen en dat dat dit de manier is die ervoor gekozen is."

In het dagelijks leven in een PPC of forensische kliniek bestaan veel regels. "Patiënten/cliënten moeten voor een wc-rol al naar het kantoor toe", vertelt een regiebehandelaar in een FPC. "Het is lastig in onze organisatie om daar beweging in te krijgen. De eigen regie van patiënten/cliënten is daardoor wel beperkt". Of dat je niet met twee man 'op cel mag zitten', dat je geen pet mag dragen en regels over hoe laat de deuren open en dicht gaan. "Tegen zulke regels is niks in te brengen", vertelt een patiënt/cliënt. Ook het activiteitenprogramma staat vast. Binnen deze structuur bestaat er enige mate van keuzevrijheid, bijvoorbeeld in de keuze om wel of niet gebruik te maken van een luchtmoment. Ook geven behandelaars aan dat patiënten/cliënten worden gestimuleerd om zoveel mogelijk regie te voeren over hun dagelijks leven door niet onnodig dingen van hen over te nemen, zoals bellen naar de werkplaats als patiënten/cliënten ziek zijn en patiënten/cliënten de verantwoordelijkheid geven om samen met medepatiënten/-cliënten huishoudelijke taken uit te voeren en te organiseren.

Een professional noemde onderstaand voorbeeld van herstel- en/of krachtgericht werken, waarin de nadruk wordt gelegd op eigen regie van de patiënt/cliënt en op gezamenlijk beslissen. De professional benadrukt het belang van open staan voor wat de patiënt/cliënt zelf wil:

"Ik denk dat ik in ieder geval altijd wel heel erg probeer na te gaan en ook open te staan voor wat iemand zelf wil. Ik heb nu bijvoorbeeld iemand in behandeling. [...] En hij doet niet zoveel met de huiswerkopdrachten. Ja, dan zou ik kunnen zeggen van nou ja, je werkt onvoldoende mee, dus we stoppen. Even heel zwart wit geschetst, hè? Wat ik dan wel altijd probeer, is met iemand stil te staan bij wat maakt dat je dit wel of niet toepast, waar zit eventueel ergens een blokkade? Kan ik je daarbij ondersteunen, moet ik er iets over uitleggen of is dat niet nodig? Wat vind jij daarvan? Om met deze man te kijken van heeft dit toegevoegde waarde voor jou. En als je daarmee doorgaat of niet, dat dat in ieder geval dan ook een gezamenlijke beslissing is."

2.3.6 Waarborgen van veiligheid: risicobeheersing met focus op hoop en krachten

Herstel- en krachtgericht werken kan botsen met risicogericht werken. Tijdens de gesprekken is aan professionals gevraagd in welke situaties dit gebeurt en hoe zij hier dan mee omgaan. Ook is aan professionals gevraagd hoe zij de focus op hoop en krachten integreren met het waarborgen van de veiligheid van patiënten/cliënten.

Het waarborgen van de fysieke veiligheid kan op gespannen voet staan met het vertrouwen dat professionals willen uitstralen naar patiënten/cliënten. De focus op risicobeheersing gaat volgens een respondent vaak ten koste van herstel- en krachtgericht werken. Desalniettemin geven meerdere respondenten aan dat de focus op veiligheid en risico's zeker verenigbaar is met herstel- en krachtgericht werken. Dit kan volgens de professionals goed worden geïntegreerd, bijvoorbeeld door het zetten van kleine stapjes en het vieren van kleine successen. Een professional voegt toe dat het voor de fysieke veiligheid van henzelf en van patiënten/cliënten daarnaast te allen tijde belangrijk is om goed met collega's onderling samen te werken: "door het met elkaar te doen en met elkaar een soort van rust uit te stralen".

Verschillende professionals werken met signaleringsplannen. Samen met de patiënt/cliënt worden triggers en risico's in kaart gebracht en wordt besproken hoe hiermee om te gaan. Deze afspraken worden vastgelegd in het signaleringsplan. Waar het kan, laten professionals patiënten/cliënten meedenken over hoe ze het veilig kunnen houden voor zichzelf en voor anderen. Samen daarin tot keuzes komen biedt volgens professionals hoop en empowerment, omdat de patiënt/cliënt dan zelf daar verantwoordelijkheid in kan nemen. Een professional licht toe hoe een signaleringsplan een patiënt/cliënt kan helpen om op een veilige manier stappen te maken richting zijn herstel:

"Het is goed het signaleringsplan samen met de patiënt/cliënt te maken: dit is het gedrag dat wij zien, hoe merk jij zelf dat het niet goed met je gaat en hoe kunnen wij dat dan concreet zien? Wat voor interventies heb jij dan nodig? Zo kun je het veiliger maken. Zo kun je ook als iemand een stap maakt en bijvoorbeeld op verlof gaat dat plan meenemen in de nieuwe context. Zo kun je iemand laten groeien en stappen laten maken en het toch zo veilig mogelijk houden."

Een professional van de forensische verslavingszorg geeft een mooi voorbeeld wat een behandelaar doet om de focus op hoop en krachten te verenigen met de aandacht voor risico's:

"Als iemand gebruikt heeft, volgt er een maatregel. Dan mogen ze 2 weken de afdeling niet af. Dat zijn interne afspraken van de kliniek. Iemand moet dan 2 weken op de blaren zitten en gaat daarna verder. Maar je kan ook zeggen: we hebben er een gesprek over. Je wilt dat iemand stopt, maar dat is misschien niet mogelijk. Hoe gaan we afspraken maken dat je minder gaat gebruiken? Je moet die maatregel wel inzetten, maar we kunnen wel zeggen, wanneer heb je gebruikt, probeer daar openheid over te geven, dan kunnen we misschien in een vroeg stadium die maatregel opheffen. Als je gelijk in de repressie schiet en een maatregel oplegt, zorgt dat niet voor openheid."

Ook een andere professional geeft een duidelijk voorbeeld waarin op een krachtgerichte manier het gesprek met patiënten/cliënten wordt aangegaan over onveilig gedrag.

"Ik zeg wel eens, blowen is voor sommige mensen heel erg een kracht om te overleven. Het omdenken daarvan en met die cliënten het erover hebben van wat wil je ervoor in de plaats is natuurlijk een mooi gesprek."

Verschillende patiënten/cliënten geven aan zich wel eens fysiek onveilig te voelen. De patiënten/cliënten bevestigen dat professionals met hun het gesprek aangaan wanneer sprake is van onveiligheid. Op die manier proberen professionals ervoor te zorgen dat zij zich weer beter voelen, zo legt een patiënt/cliënt uit: *"Ze stellen een aantal vragen. Als ik echt niet in mijn humeur ben dan zeg ik dat ook. Laat me maar gewoon ff met rust... En dan wordt dat ook gewoon gehonoreerd. Ik vind dat ze goed luisteren hier."*

2.3.6.1 Risico van herstel- en krachtgerichte focus

Om tot een genuanceerd beeld van iemands kwaliteiten en problemen te komen is het nodig om ook aandacht te besteden aan de risicovolle kanten. Een te eenzijdige toepassing van een krachtgerichte benadering kan risico's met zich meebrengen. Zo kunnen bijvoorbeeld patiënten/cliënten of behandelaars risicofactoren uit het oog verliezen als sterke krachten overbelicht worden. Een regiebehandelaar in een FPC vertelt over een casus waarin een patiënt/cliënt over veel kwaliteiten beschikte, waaronder een goede intelligentie, goede communicatieve vaardigheden en een stabiel opleiding- en werkverleden. Met name aan het begin van de behandeling zette de patiënt/cliënt deze sterke kanten volop in de aandacht om een gesprek over moeilijke onderwerpen te vermijden. De regiebehandelaar gaf aan dat zij hierdoor in een ingewikkelde positie terechtkwam, waarin ze overige behandelaars voortdurend moest wijzen op de risicovolle kanten die ook bestaan. Een behandelaar in een PPC beschrijft eveneens de noodzaak van voldoende aandacht voor probleemkanten bij patiënten/cliënten:

"Sommigen zeggen de hele tijd in het PPC: 'Ik hoef niet te weten wat iemand gedaan heeft', dat klopt gewoon niet. Wat diegene heeft gedaan hoort ook bij die persoon en de aanloop naar het delict komt vaak voort uit de problematiek. ... Dus voor mij is er heel veel kwaliteit waar we op kunnen faciliteren, maar als we het delict aan de kant zetten en alleen een lamp schijnen op de dingen waar je goed in bent, dan doe je iemand tekort."

2.3.6.2 Grenzen aangeven

Professionals benoemen dat duidelijk zijn over grenzen goed past bij herstel- en krachtgericht werken. Bijvoorbeeld als patiënten/cliënten gaan schelden of niet meewerken. Door daar helder over te zijn weet de patiënt/cliënt ook dat hij over een grens gaat en de verantwoordelijkheid zal moeten nemen voor de veiligheid en om het contact met de behandelaar te herstellen. Enkele

professionals noemen dat dit wel vergt dat de regels of afspraken en consequenties van tevoren goed duidelijk zijn en dat je als professional reëel bent over regels. Dan is het ook goed mogelijk om in te grijpen. Dat kan volgens verschillende geïnterviewde professionals op een begripvolle, ondersteunende manier:

"Soms moet je ingrijpen als de veiligheid van iemand zelf of van anderen in het geding is. Dan moet je handelen, vind ik. Maar dat kan ook op een humane manier, dat hoeft niet per se met machtsmisbruik."

Repressie is volgens meerdere respondenten onverenigbaar met herstel- en krachtgericht werken. Het voorkomen van repressie, ten bate van herstelgericht werken, is dan ook een belangrijk aandachtspunt voor velen: *"We zijn vooral gericht op risicobeheersing. Het is een hele kluit om te voorkomen dat personeel niet de hele tijd in de repressie schiet."* Uit verschillende interviews met patiënten/cliënten blijkt dat zij een repressieve houding als niet prettig en niet herstel-gericht ervaren. Een patiënt/cliënt in een PPC vindt het repressieve ingrijpen door professionals bij onveilige situaties soms wat overdreven en zelfs beangstigend:

Interviewer: *Heb je het idee dat als er iets gebeurt, dat er dan meteen goed wordt ingegrepen om het weer veilig te maken?*

Patiënt/cliënt: *Ja er wordt gelijk heftig ingegrepen. Ja, heel veel bewakers komen er dan gelijk.*

Interviewer: *Vind je dat er te heftig wordt ingegrepen?*

Patiënt/cliënt: *Ja, soms wel ja. Als er bijvoorbeeld buiten een vechtpartij is of zo, dan komen er 10 bewakers en dan nog 10, gelijk iedereen wordt opgeroepen. Dat zal wel een reden hebben.*

Interviewer: *Vast, maar hoe is dat voor jou?*

Patiënt/cliënt: *Het lijkt overdreven ja.*

Interviewer: *Kan me best voorstellen, zeker ook als je wat angstig kunt zijn, dat het ook wel overweldigend kan zijn als er ineens van alle kanten mensen aankomen.*

Patiënt/cliënt: *Ja, vooral als je zelf wordt aangevallen ofzo, dat er zoveel hulp komt dat het iets teveel wordt. In het begin was ik daar wel angstig voor. Stel er gebeurt iets en er komt zoveel man op je af ...*

Wanneer patiënten/cliënten controle verliezen en bijvoorbeeld agressief gedrag vertonen wordt het moeilijk voor professionals om een herstel- en krachtgerichte basishouding vast te houden. Een professional legt uit waar dan de uitdaging zit:

"Dat is precies dat vlak waar het schuurt met kracht en herstelgericht werken. Om dan zelf de rust te bewaren in the heat of the moment en die focus te houden op 'er zijn voor de patiënt en afstemmen op de ander'. Dan heb je soms maar een split second om te bedenken wat jouw reactie gaat zijn op het agressieve gedrag van de ander. Ik denk dat dat heel ingewikkeld is."

2.3.7 Gebruikte herstel- en krachtgerichte methodieken

Aan de geïnterviewde professionals is gevraagd in hoeverre zij werken met bepaalde vastgestelde herstel- en krachtgerichte methodieken. Alle methodieken die zij beschreven, zijn opgenomen in het overzicht van werkwijzen en methoden van herstel- en krachtgericht werken in Bijlage 4.

Aandacht voor zowel de probleemkanten als de sterke kanten van patiënten/cliënten krijgt volgens verschillende professionals in de praktijk vorm via het Good Lives Model. Daarbij wordt in kaart gebracht welke basisbehoeften belangrijk zijn voor patiënten/cliënten, hoe zij deze op een sociaal aanvaardbare manier kunnen vervullen en welke risicofactoren onder controle moeten zijn om de basisbehoeften op een goede manier te kunnen vervullen. Het opstellen van een Positief Levensplan (zie Bijlage 4) is hier bij sommige instellingen een onderdeel van. Ook het meewegen van beschermende factoren in de risicotaxatie is een manier om aandacht voor krachten te integreren in de behandeling.

Een professional geeft aan krachtgericht te werken volgens het responsiviteitsprincipe van het RNR model:

"In responsiviteit zit o.a. wat kan een patiënt/cliënt aan, wat is iemands culturele achtergrond, wat zijn iemands cognitieve vermogens, wat zijn iemands mogelijkheden. Daar proberen we dan rekening mee te houden in de behandeling."

Andere gebruikte methodieken en werkwijzen die volgens professionals passen bij herstel- en krachtgericht werken zijn:

- Steunend relationeel handelen (SRH)
- Presentiebenadering
- Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)
- Community Reinforcement Approach (CRA)
- Assertive Community Treatment (ACT)
- Active Recovery Triad (ART, actief herstellen in de triade)
- Forensic High Intensive Care (FHIC)
- See Think Act (STA) methodiek (voor relationele veiligheid)

Professionals geven verder aan gebruik te maken van bestaande kennisbronnen, zoals de GGZ E-academy. Hierin zitten modules herstelondersteunende zorg. Ook de module 'Weet wat je kan' (psycho-educatie over leven met een licht verstandelijke beperking) en de VRIS module (over vriendschap en relaties) worden genoemd als helpend bij kracht- en herstelgericht werken.

2.3.8 Ervaringsdeskundigheid

Aan respondenten is gevraagd welke rol ervaringsdeskundigen hebben in herstel- en krachtgericht werken. De meeste instellingen zijn hierin nog zoekende, onder andere vanwege de vereiste VOG voor forensische ervaringsdeskundigen, en hebben deze rol nog niet uitgekristalliseerd. Het is bijvoorbeeld zoeken naar de juiste mix van verschillende disciplines binnen een team en naar welke positie ervaringsdeskundigen hebben. Instellingen zijn soms ook nog wat zoekende in de houding die ze ten opzichte van ervaringsdeskundigen innemen en hoe gelijkwaardig de relatie kan en moet zijn. Daar vinden interne evaluatiegesprekken over plaats. Hier en der loopt een onderzoek of evaluatie over hoe ervaringsdeskundigheid binnen de instelling meer kan worden ingezet. Desalniettemin geven instellingen verschillende voorbeelden van de inzet van ervaringsdeskundigheid bij herstelgericht werken. Bij verschillende instellingen worden oud-patiënten/cliënten of patiënten/cliënten die al wat verder in hun traject zijn gevraagd om te komen vertellen over hun ervaringen (ervaringsvrijwilligers). Hoewel dit geen formele ervaringsdeskundigen zijn, geven behandelaren aan dit wel heel belangrijk te vinden en dat patiënten/cliënten hier veel van kunnen leren. Vermoedelijk kunnen patiënten/cliënten zich makkelijker identificeren met oud-patiënten/cliënten en is het daardoor makkelijk van hen iets aan te nemen dan van een reguliere hulpverlener. Een instelling heeft bijvoorbeeld een intensieve groepstherapie met een sessie waarbij er een ex-patiënt/cliënt langskomt die o.a. vertelt over wat het hem oplevert om geen middelen meer te gebruiken. Een andere instelling werkt met zowel ervaringsvrijwilligers als ervaringsdeskundigen. Binnen deze instelling zijn er o.a. coachingsgroepen, herstelgroepen en een zogenoemd herstelpunt waar ervaringsvrijwilligers en deskundigen worden ingezet. Bij de coachingsgroepen leren patiënten/cliënten o.a. hoe ze zelf hun ervaringskennis in kunnen gaan zetten ten behoeve van het herstel van iemand anders. Mensen kunnen binnen de instelling desgewenst doorstromen naar een opleiding tot ervaringsdeskundige.

Ervaringsdeskundigen lijken bij instellingen die al een ervaringsdeskundige in dienst hebben breed en weloverwogen te worden ingezet voor het herstel van patiënten/cliënten:

"Als je denkt dat het passend is bij een patiënt/cliënt. Als hij bijvoorbeeld aan het worstelen is met wat hij wil. Bijvoorbeeld als hij in overweging is om bepaalde keuzes te maken in zijn leven en een balans aan het opmaken is wat hij zal doen."

Een geïnterviewde ervaringsdeskundige geeft aan dat ervaringsdeskundigheid ook veel breder is dan de eigen specifieke ervaring, zoals bijvoorbeeld enkel verslaving:

"We proberen te kijken waar we mensen kunnen ondersteunen in hun herstelproces. [...] Het is alomvattend en eigenlijk denk ik dat we aan het pionieren zijn."

2.3.8.1 Deskundigheidsbevordering

Verschillende behandelaren en patiënten/cliënten erkennen dat ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen bij herstelgericht werken. Enerzijds om ervaringskennis als stap in het herstel van patiënten/cliënten toe te voegen, anderzijds om collega's die geen ervaringsdeskundige zijn te helpen bij herstelgericht werken. Ervaringsdeskundigen verzorgen onder meer deskundigheidsbevordering op een aantal thema's, zoals herstelgericht werken en verslaving. Een behandelaar benoemt dat een ervaringsdeskundige bijvoorbeeld kan wijzen op bepaalde taal die niet herstelondersteunend is:

"Een ervaringsdeskundige bij ons heeft eens een keer een tijdlang bij een MDO dat gedaan. Dat is heel irritant, met een belletje, iedere keer als zij dacht 'dit is eigenlijk niet herstel ondersteunend'. En dat zijn dan vaak, denk ik, de momenten waarop vanuit tegenoverdracht dan toch wordt gesproken of een grapje om misschien even de spanning los te laten, maar wat dan niet herstelondersteunend is. Dan tikte zij op dat belletje, nogmaals best irritant, maar dan kom je er wel achter hoe vaak dat dat toch gebeurt. Het zit denk ik ook in dat soort kleine dingen. Het zijn denk ik van die hele simpele dingen. "Dat heeft hij al zo vaak gezegd dat hij dat zou doen, doet hij toch niet", zoiets dergelijks. Dan ga je in ieder geval niet meer uit van de kracht van die persoon. Of dan denk je dat je het zelf beter weet, zoiets dergelijks."

De gesproken ervaringsdeskundige heeft het met collega's zoveel mogelijk over bejegening en attitude:

"De woorden die je gebruikt of hoe dat je naar mensen kijkt, of hoe je ze bejegt, kan de afstand in stand houden. [...] Mensen worden vaak toch gelabeld als vervelend of als 'die leren het nooit' dus als je het dan over hoop en herstelgericht werken hebt, dan is dat soms ver te zoeken. Die mensen worden dan ook op die manier bejegend. En dan denk ik, daar wordt niemand beter van."

2.3.8.2 Brugfunctie

Ervaringsdeskundigen kunnen soms een brug slaan richting professionele hulp. Dit kan helpend zijn voor het herstelproces:

"Dat we de mensen kunnen adviseren van oh, ik zou dit echt wel met jouw behandelaar bespreken en dit is echt wel iets wat belangrijk is voor jouw herstelproces. Dus wij kunnen ook wel als brugfunctie functioneren, in dat contact of in die behandeling. Ik denk dat daar nu geen gebruik van wordt gemaakt, dus ik zie daar echt wel de meerwaarde van in."

2.3.8.3 Drempel naar zorg verlagen

Ervaringsdeskundigen kunnen de drempel naar zorg verlagen, onder meer door het doorbreken van stigma's bij patiënten/cliënten:

"Ik kan wel zeggen als klinisch psycholoog: je moet naar de verslavingszorg toekomen. Maar ik kan daar niet een ervaringsverhaal over vertellen en ik denk dat dat de drempel lager maakt. [...] Er zit zoveel stigma op. Dus om stigma te doorbreken en de stap naar de verslavingszorg kleiner te maken, denk ik dat dat ook heel helpend is, veel meer dan wanneer ik dat ga doen."

2.3.8.4 Ervaringsdeskundigheid en stigma

Omtrent ervaringsdeskundigheid hangt volgens de gesproken ervaringsdeskundige een groot stigma. Hij zet zich in om het gesprek hierover aan te gaan.

"Mensen denken vaak dat dat ex-boeven zijn, ex-gedetineerden die dan misschien je collega's worden. Dus het wordt heel snel op een negatieve manier ingevuld, merk ik. Niet iedereen, maar het gros van de mensen die daar geen kennis van heeft lijkt hem op die manier in te vullen. Mensen worden er allemaal heel zenuwachtig van. Dus wij doen voornamelijk een beetje aan draagvlak creëren binnen de organisatie, door veel in gesprek te gaan met mensen en uit te leggen wat we doen, uit te leggen wat ze aan ons hebben. Overal waar de ruimte is, proberen we gebruik te maken van die ruimte."

2.3.8.5 Ervaringsdeskundigheid en behandelplannen

Ervaringsdeskundigen werken niet met behandelplannen. De geïnterviewde ervaringsdeskundige wordt tot nu toe niet betrokken bij behandelplannen, maar verwacht wel dat dit zal veranderen.

"We werken daarin nog niet samen. Dat gaat wel veranderen. Ik denk dat wij daar wel een toegevoegde waarde in kunnen zijn. Maar dat gebeurt nu nog niet." Een behandelaar bevestigt dat het van meerwaarde zou kunnen zijn als het elektronisch patiëntendossier (EPD) wat breder toegankelijk zou worden gemaakt. Deze meerwaarde zou bijvoorbeeld kunnen zitten in rapportagemogelijkheden voor ervaringsdeskundigen, die nu soms worstelen met een gebrek daaraan:

"Wij zitten heel erg met vertrouwelijke informatie die wij niet willen delen vanuit de zelfhulpgroepen, maar wij zoeken wel een manier om toch daar iets over te kunnen vertellen. Want nu gebeurt niets, zeg maar."

2.3.9 Herstel- en krachtgericht werken in het behandelplan

Tijdens het interview is gevraagd hoe herstel- en krachtgericht werken tot uitdrukking komt in behandelplannen. Daarnaast is gevraagd in hoeverre behandeldoelen gebaseerd zijn op de krachten, mogelijkheden, kwaliteiten en betekenisvolle rollen van de cliënt, en op het benutten en versterken daarvan. De doelen zijn veelal door de behandelaren tijdens het interview voorgelezen uit de door hen geselecteerde behandelplannen. Het is onbekend of alle doelen uit de geselecteerde behandelplannen ter sprake zijn gekomen. De ter sprake gekomen doelen zijn zoveel mogelijk letterlijk in dit verslag overgenomen, met als gevolg dat deze in wisselende toon zijn geformuleerd. Bij een aantal interviews is nadrukkelijk gevraagd in hoeverre de behandeldoelen kracht- en/of herstelgericht zijn en wat de visie van de behandelaar hierop is.

2.3.9.1 Risico- en beschermende factoren

In behandelplannen worden zowel de risico- als de beschermende factoren beschreven. Met betrekking tot het benutten van beschermende factoren staat centraal: wat helpt de patiënt/cliënt en waar liggen diens eigen wensen? Die worden doorgaans actief opgeschreven. Tevens wordt beschreven wat gaat goed of wat positief is, naast wat er moet veranderen en verbeteren. Met betrekking tot het beperken van risico's worden o.a. de volgende doelen in behandelplannen beschreven: abstinentie handhaven van alcohol en drugs, het verminderen van verbale agressie en het voorkomen van delictgedrag, evenals doelen die betrekking hebben op emotieregulatie en traumaverwerking. Voorbeelden hiervan zijn:

- patiënt/cliënt heeft zicht op zijn eigen en andermans emoties
- patiënt/cliënt is in balans met zichzelf en met zijn omgeving
- zijn traumatische verleden verwerken

In de behandelplannen worden verschillende methodieken gebruikt om invulling te geven aan herstel- en krachtgericht werken. Werken vanuit de GLM-benadering is zichtbaar in de zoektocht naar hoe een patiënt/cliënt delictvrij invulling kan geven aan diens basisbehoeften. Bij één van de instellingen is het behandelplan nadrukkelijk gebaseerd op het persoonlijk krachtenprofiel (een tool vanuit de Steunend Relationeel Handelen-methodiek). De behandelaar vult samen met de patiënt/cliënt dit plan in, aan de hand van de onderwerpen: wat heeft de patiënt/cliënt vroeger gedaan, wat zijn diens wensen daarin en hoe is het nu? Bij een andere instelling worden alle leefgebieden (waaronder seksualiteit, spiritualiteit, religie, werken en kinderen) meegenomen en voorzien van een cijfer (0-10) in samenspraak met de patiënt/cliënt. Dit is volgens de Community Reinforcement Approach (CRA) methodiek⁶. Aan de hand hiervan worden doelen geformuleerd: waar wil de patiënt/cliënt van een 5 een 6 maken? Waar hoeft dat niet? Waar is de patiënt/cliënt tevreden over? Vervolgens wordt in het intakeverslag meegenomen welke aspecten een positieve invloed op de patiënt/cliënt hebben (de CRA-bekrachtigers).

Bij patiënten/cliënten die niet goed weten wat ze willen zijn doelen vaak nog abstract geformuleerd. Dan gaat het volgens een respondent met name over 'ontdek wie je bent, wie je wilt worden en waar je gelukkig van wordt'. Bij het opstellen van het behandelplan hebben behandelaren dan ook altijd aandacht voor 'de mens':

"Als ik een behandelplan opstel, probeer ik altijd aandacht te hebben voor wie ben je nou als mens. [...] Ik probeer juist ook te kijken naar in wat voor omgeving leef jij nou, wat heb jij nodig om je weer goed te voelen, om weer aan het werk te kunnen gaan, om een goede vader te kunnen zijn, om partner te kunnen zijn?"

2.3.9.2 Re-integratie

Herstel- en krachtgericht werken komt volgens behandelaren in de behandelplannen terug doordat de zorg zich over het algemeen breed richt op re-integratie, op wat patiënten/cliënten nodig hebben om hun leven weer op de rit te krijgen, zoals huisvesting en werk. Dit is terug te zien in begeleidingsdoelen waarin centraal staat wat iemand zelf wil doen qua dagbesteding, opleiding of leefstijl. Voorbeelden hiervan zijn: 'aanmelden bij een woningbouwvereniging', 'wil weer een baan en werken in de keuken', 'aankomende drie maanden onderzoeken wat er nodig is om te komen tot een betaalde baan' en 'je gaat aan de slag met een plan om een gezonde leefstijl te bevorderen'. Deze doelen bestaan soms uit kleinere subdoelen, zoals: 'je werkt al je uren en je komt op tijd'. Volgens een behandelaar past dit doel goed binnen herstel- en krachtgericht werken: *"Buiten in de maatschappij wordt ook van je verwacht dat je op tijd komt en dat je je uren werkt. Ik denk dat je zo juist probeert iemands kracht aan te boren en iemand te laten ervaren wat het oplevert: je komt op tijd en als je er bent, dan ben je waardevol."*

Doelen kunnen terugkomen bij verschillende disciplines, zo legt een professional uit:

"Bijvoorbeeld, een patiënt/cliënt wil naar het conservatorium. Dit wordt vervolgens als doel bij verschillende disciplines in het behandelplan gezet. Bijvoorbeeld: ga onderzoeken hoe je alvast kan toewerken naar het conservatorium. Of: kijken hoe onderwijs alvast met de patiënt/cliënt de stappen kan zetten om naar het conservatorium te kunnen."

Behandelaren benoemen de waarde van 'kleine stapjes' bij herstelgericht werken. In de behandelplannen wordt opgetekend welke kleine stapjes er met betrekking tot de gestelde doelen gezet kunnen worden:

⁶ Community Reinforcement Approach (CRA) is een methode om een andere leefstijl aan te leren die méér beloningen oplevert dan het gebruik van middelen en niet schadelijk is. Deze beloningen worden de bekrachtigers genoemd. Dit zijn bijvoorbeeld kinderen, ouders of een hobby.

"Iemand is bijvoorbeeld niet in staat om zijn eigen kamer schoon te houden. In het begin wordt dat [het schoonmaken] overgenomen, dan in kleine stapjes staat de patiënt/cliënt erbij, dan gaan we een weekschema maken en geeft iemand aanwijzingen. Dat kunnen stappen zijn naar bijvoorbeeld de tafel leeg te maken of de prullenbak leeg te maken. Die microstappen worden in het behandelplan beschreven."

Een andere professional legt uit dat aan het doel 'wil weer een baan en werken in de keuken', stapsgewijs gewerkt wordt:

"Hij is Nederlandse les gaan volgen, daar gewoon eerst eens aan iemand vragen, hoe laat is het en vervolgens een keer blijven hangen en dan een kop koffie drinken na de taalles, dat soort dingen. Hij vond het echt heel moeilijk. [...] En op een gegeven moment kon hij gaan werken."

2.3.9.3 Hoop en plezier hebben

Hoewel de gegeven voorbeelden van doelen waarschijnlijk impliciet als hoopgevend worden ervaren, zoals de wens om naar het conservatorium te gaan, zijn er in enkele behandelplannen ook doelen te vinden die expliciet gericht zijn op het bevorderen van hoop, bijvoorbeeld: 'aankomende periode gesprekken in teken van perspectief en hoopbevordering' en 'wil zijn verlieservaring uit verleden loslaten en weer vooruit kunnen kijken en dromen'. Andere doelen in de behandelplannen die passen in het kader van persoonlijk herstel zijn volgens behandelaren: 'lol maken' en 'je leert plezier te hebben, waardoor jouw zelfvertrouwen vergroot'.

2.3.9.4 Openheid

In de besproken behandelplannen komen enkele keren doelen voor gerelateerd aan openheid, namelijk: 'beetje bij beetje meer openstellen' en 'de patiënt/cliënt geeft openheid over zijn belevingswereld'. 'Openheid geven' is volgens een behandelaar een belangrijk herstelgericht doel:

"Want op het moment dat je weet wat er speelt in iemands hoofd, dan kun je stappen maken in het proces. Als iemand helemaal geen openheid geeft, weet je niet wat er gebeurt, en moet je voorzichtiger te werk gaan. Dus hoe opener een patiënt/cliënt is, hoe meer mogelijkheden heb je om iemand in zijn kracht te zetten en te laten participeren. Hoe beter wij de risicofactoren in kaart hebben, hoe meer mogelijkheden we hebben."

2.3.9.5 Gezamenlijke doelen

Behandelaren beschrijven dat het belangrijk is om met de patiënt/cliënt overeenstemming te bereiken over behandeldoelen: "Het zoeken naar een gemeenschappelijk doel, ik merk dat ik daar veel mee bereik bij patiënten/cliënten". Dit is niet eenvoudig. Een regiebehandelaar vertelt dat sommige patiënten/cliënten 'eigenlijk niks willen':

"Ik denk dat je dan met motiverende gespreksvoering op zoek gaat naar wat iemand wél wil. Uiteindelijk wil iemand altijd wel iets en het hoeft maar heel klein te zijn waar je mee begint. Ik denk dat dat juist zo belangrijk is, dat je dus niet als team gaat bepalen wat goed is voor deze patiënt/cliënt en wat die zou moeten willen. Maar dat je samen op zoek gaat naar waar ligt jouw motivatie dan?"

Meerdere behandelaren beschrijven het belang van het vinden van een gemeenschappelijk doel met patiënten/cliënten en het maken van een gezamenlijk plan om dat te bereiken. De inbreng van patiënten/cliënten wordt daarbij dus als belangrijk gezien. In een interview met een patiënt/cliënt komt echter naar voren dat hij zijn behandelplan toch meer ervaart als een plan van het team dan als een plan van hemzelf. Zeker in het begin van de behandeling was dat het geval. Naarmate hij verder kwam in de behandeling ervaarde hij meer autonomie en inspraak hierin. Ook een behandelaar geeft aan dat het niet altijd de realiteit is om de patiënten/cliënten een volwaardig gesprekspartner te laten zijn:

"Er zijn nog best veel overleggen waarin over de patiënt/cliënt wordt gepraat en niet met de patiënt/cliënt. Terwijl je het liefst zo transparant mogelijk zou willen zijn en bijvoorbeeld als de patiënt/cliënt er zelf niet bij kan zijn dit wel met hem of haar voorbespreekt en zijn of haar perspectief meeneemt."

Uit verschillende interviews blijkt dat kwaliteiten, krachten en mogelijkheden van patiënten/cliënten onder andere aan bod komen wanneer gereflecteerd wordt op de behandeldoelen. De doelen worden doorgaans geëvalueerd in de behandelplanbespreking / het MDO (multidisciplinair overleg) en samen met de patiënt/cliënt (al dan niet als aanwezige bij de behandelplanbespreking).

2.3.9.6 Herstel- en krachtgericht werken blijkt niet altijd duidelijk uit de geformuleerde doelen

Verschillende respondenten hebben moeite om aan te geven waar herstel- en krachtgericht werken concreet is terug te zien in het behandelplan. Zij geven aan dat doelen waarschijnlijk wel herstel- en krachtgericht bedoeld zijn, maar dat het er niet altijd zo concreet in staat. Herstel- en krachtgericht werken komt dan niet zozeer in de letterlijke behandeldoelen tot uitdrukking, maar juist in de manier waarop er aan deze behandeldoelen wordt gewerkt.

"Ik denk dat het hele plan gericht is op herstel. Hoe herstel je weer de balans in dit gezin? Hoe kunnen mensen weer samen in een huis met elkaar leven, zonder dat er allerlei ongezonde patronen in dat gezin zijn. Ik denk ook wel bij herstel van... deze patiënt/cliënt is erg beschadigd is geraakt in zijn jeugd. Hoe kan je dat een plek geven? [...] Dat staat niet zo met zoveel woorden erin, maar dat is het herstelgerichte werken wat we met deze man doen."

Een professional vermoedt dat herstel- en krachtgericht werken vooral in een bepaalde basishouding tot uiting komt in plaats van dat dit expliciet in een behandelplan terug te vinden is:

"Ik denk dat het meer in onze basishouding zit dan dat het heel actief in zo'n behandelplan terugkomt. We kunnen die plannen nog groter en nog completer maken, maar ik denk dat je basishouding in het contact met je patiënt/cliënt het allerbelangrijkste is."

Om herstel- en krachtgericht te werken kan het in de eerste plaats helpen om in behandelplannen duidelijker aan te geven waarom er naar een bepaald doel toe wordt gewerkt, explicieter en meer waardegedreven. Een behandelaar licht dit toe met betrekking tot het doel 'werk':

"Dit wil hij met een reden. Ik denk om deel te nemen aan de maatschappij, om iets toe te kunnen voegen, om zich goed over zichzelf te voelen. Dat halen wij er nu niet uit. [...] Het kan een waarde zijn dat je veel geld wilt hebben of rijk wilt worden, of zoiets dergelijks, maar meestal zit het hem daar toch niet in. Dus ik denk dat dat vooral ook heel stuk taal is en dat de mindset daarin nog wat moet schuiven."

2.3.9.7 Taal doet ertoe

De gekozen woorden bij de geformuleerde behandeldoelen zijn volgens enkele professionals niet altijd passend bij herstelgericht werken. Opvallend is dat sommige doelen duidelijk richting de patiënt/cliënt zijn geformuleerd (bijvoorbeeld: je werkt al je uren, je leert plezier hebben), terwijl sommige doelen meer 'over' de patiënt/cliënt of neutraal zijn geformuleerd (bijvoorbeeld: vinden van een passende woonplek, voorkomen van delictgedrag). Het is onbekend wat de visie van de verschillende instellingen hierop is en in hoeverre de behandeldoelen in samenspraak met en in de taal van patiënten/cliënten zijn geformuleerd. Het verdient aanbeveling hier meer aandacht aan te besteden.

2.3.10 Voorwaarden voor herstel- en krachtgericht werken

Wij hebben professionals de vraag gesteld wat zij nodig hebben om herstel- en krachtgericht te kunnen werken. De vraag is beantwoord met betrekking tot de organisatie, de professional zelf en de patiënt/cliënt.

2.3.10.1 Visie, tijd en ruimte nodig vanuit organisatie

Vanuit de organisatie hebben professionals met name een uitgedragen visie nodig op herstel- en krachtgericht werken. Daaronder valt voor deze professionals destigmatisering als belangrijk speerpunt, de inzet van ervaringsdeskundigheid, en kartrekkers of coaches om (facetten van) een methodiek (zoals het FHIC model) te implementeren. Respondenten noemen daarnaast dat ze de ruimte moeten krijgen om creatief te zijn binnen de kaders. *"Niet kijken naar wat er niet is, maar wat er wél mogelijk is binnen een bepaald kader."* Belangrijk hierbij is dat de organisatie deze creativiteit ondersteunt en vertrouwen uitdraagt naar medewerkers: *"Er moeten niet teveel beheersmatige regels zijn"*.

"Ik heb zelf nodig dat ik vrije ruimte ervaar om te kunnen werken. Dat ik zelf mag bepalen hoe ik mijn werk vormgeef in het contact met collega's en patiënten/cliënten, dus dat niet bepaald wordt hoe ik mijn werk moet doen."

Respondenten geven aan dat er (meer) kennis nodig is van herstel- en krachtgerichte methodieken en werkwijzen. Tijd en ruimte voor scholing moet daarom worden gefaciliteerd. Tot slot geven enkele respondenten aan dat werkdruk een belemmering vormt voor herstel- en krachtgericht werken:

"Het is goed als je sommige patiënten/cliënten wat vaker spreekt. Als je een vertrouwensband hebt zijn de gesprekken net wat anders. Je merkt dat daar door tijdsgebrek te weinig aandacht voor is. Ik ben allang blij als ik een patiënt/cliënt een keer in de week kan spreken."

2.3.10.2 Functioneren als veilig team

Respondenten noemen als voorwaarde om herstel- en krachtgericht te kunnen werken dat je je veilig voelt om tegenover collega's aan te geven dat iets lastig is, dat je iets spannend vindt, of dat je onder de indruk bent van iets. Je mag kwetsbaar zijn en je mag, of zelfs móet, elkaar scherp houden:

"Dat je dus in een MDO goed bespreekt met elkaar, wat voor samenwerking heb jij met deze patiënt/cliënt? Dat collega's met je meedenken. Op een gegeven moment weet je waar elkaars valkuilen liggen. Dat collega's ook zeggen van joh, let je daarop, heb je oog daarvoor? Dat je elkaar scherp houdt. Dat is nodig, en dat moet wat mij betreft ook gefaciliteerd worden door de organisatie."

Hierbij past een omgeving waarin mensen mogen leren. *"En waarin ze dus ook fouten mogen maken. En dat mis ik wel af en toe."*

De professionals noemen dat het in het kader van herstel- en krachtgericht werken belangrijk is om regelmatig te reflecteren. Intervisie en teamcoaching moeten daarom goed geborgd zijn:

"Dat we kijken van goh, is het nou een reactie op iets wat risicovol is, wat ook begrenzing nodig heeft zeg maar, of reageer je nu misschien meer vanuit je eigen emotie? En wat wordt er dan precies bij je geraakt?"

"Ik heb deskundigheidsbevordering nodig. Ik heb nodig dat ik met regelmaat intervisie heb of supervisie."

Een manager ziet dit als diens taak:

"Je moet het team uitleggen wat het belang is: dat het juist door zo te werken veiliger kan worden in plaats van onveiliger. Daar is veel educatie voor nodig, het team hierin meenemen en coachen."

De organisatie moet volgens de gesproken professionals zorgdragen voor een veilige werkomgeving, waarin collega's elkaar goed kennen en begrijpen. Hiervoor is o.a. een gezamenlijke taal nodig: *"Heel vaak wordt gebruik gemaakt van containerbegrippen, waarin we denken mekaar te verstaan, maar dat is helemaal niet"*. Vanuit de organisatie moet er aandacht zijn voor hoe je als collega's dicht bij elkaar blijft: *"Dat je bij wijze van aan één blik genoeg hebt"*.

Hierbij is het essentieel te allen tijde van belang dat professionals goed voor zichzelf blijven zorgen:

"Eigenlijk ben ik de belangrijkste persoon die er bestaat. En dat bedoel ik niet heel egocentrisch, maar als ik goed zorg voor mezelf, kan ik ook voor iemand anders zorgen en anders werkt het echt niet."

2.3.10.3 Feedback vanuit (ex-)patiënten/cliënten en ervaringsdeskundigen

Reflectie en feedback op het herstel- en krachtgericht handelen is volgens verschillende professionals nodig vanuit (ex-)patiënten/cliënten en ervaringsdeskundigen. Bijvoorbeeld ten aanzien van herstelondersteunend taalgebruik. Respondenten benadrukken dat je anderen nodig hebt om blinde vlekken in je handelen bloot te leggen en dat je hier als behandelaar voor open moet staan:

"Misschien gebruik ik af en toe taal die helemaal niet zo herstelondersteunend wordt ervaren door de ander. Ik denk als behandelaar dat wij daar nog wel blinde vlekken hebben. [...] Ik denk dat je vooral zelf open moet staan voor (ex-)patiënten/cliënten, ervaringsdeskundigen en vrijwilligers. En zij voor jou."

2.3.10.4 Basisattitude

Verschillende respondenten spreken over een benodigde basisattitude of basishouding. Belangrijk aspecten hiervan zijn 'luisteren zonder oordeel', 'nieuwsgierigheid' en 'oog hebben voor kleine dingen'. Het is nodig om continu bewust te blijven van de herstel- en krachtgerichte attitude: *"Hou ik voldoende rekening met de patiënt/cliënt, zet ik hem of haar in zijn kracht, wat zijn de mogelijkheden?"* Professionals noemen dat zij hierbij vanuit de patiënt/cliënt een bepaalde mate van bereidheid nodig hebben om zich open te willen stellen. Een bepaalde bescheidenheid vanuit de professional is bij kracht- en herstelgericht werken op zijn plaats, wat deze respondent helder uitlegt:

"Ik zie al x jaar patiënten/cliënten [...]. Het is heel makkelijk om dan bijvoorbeeld te denken: Oh ja, dit heb ik al zo vaak gezien bij Jan of Piet, dit gaat helemaal niet werken. Dat je dan toch probeert te redeneren vanuit dat die persoon die je tegenover je hebt wel de meeste kennis heeft van zichzelf."

Van professionals wordt een bepaalde open basishouding verwacht. Wil je er zijn voor je patiënten/cliënten en wil je goed herstel- en krachtgericht te werk kunnen gaan, dan moet je volgens verschillende respondenten jezelf en je eigen krachten goed kennen.

"Je bent je eigen instrument. Wat zijn je eigen krachten? [...] Je moet niet alleen de patiënt/cliënt goed leren kennen, je moet niet alleen jezelf goed leren kennen, je moet ook je collega's kennen en de organisatie."

Het management van instellingen mag hierin volgens een respondent ook kritisch naar zichzelf kijken: hoe gastvrij ben je zelf? Staat jouw deur open? Kunnen mensen jou benaderen of ben je zelf heel terughoudend?

"Als het daar al in de basis niet goed zit, hoe krijg je dan ooit voor elkaar dat dit tussen behandelaren en begeleiders en patiënten/cliënten wel op een andere manier gaat? Dit proces gaat niet alleen tussen medewerkers en patiënten/cliënten maar ook de uitstraling die de organisatie heeft in management en andere ondersteunende afdelingen."

2.4. Discussie veldverkenning

In de veldverkenning hebben wij aan de hand van literatuur en interviews met professionals en patiënten/cliënten in kaart gebracht op welke manier in de forensische zorg herstel- en krachtgericht wordt gewerkt. Duidelijk is geworden wat professionals verstaan onder herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg, hoe zij dit in grote lijnen vormgeven, op welke momenten herstel- en krachtgericht werken soms kan botsen met risicogericht werken, maar ook elkaar kan aanvullen, en hoe herstel- en krachtgericht werken een plek heeft in de behandelplannen. Tevens hebben wij uitgezocht welke methodieken er beschikbaar zijn en welke rol ervaringsdeskundigen (kunnen) hebben in herstel- en krachtgericht werken.

In de Nederlandse reguliere ggz wordt herstelondersteunend werken steeds meer als een basisvoorwaarde van de zorg gezien (zie de [GGz standaard herstelondersteunende zorg](#)). Het verminderen van ziekteverschijnselen is daarbij niet het hoofddoel, maar het ondersteunen van de patiënt/cliënt in zijn of haar proces om regie te nemen over het leven en zo goed mogelijk te leren omgaan met mogelijkheden en beperkingen. Krachtgericht werken hangt daar nauw mee samen en gaat uit van de wensen en doelen van de patiënt/cliënt en diens krachten en mogelijkheden. Er zijn altijd krachten om vanuit te gaan. Daarnaast is het uitgangspunt dat herstel altijd mogelijk is voor iedereen. Ook voor patiënten/cliënten in de forensische zorg is volgens deze gedachte herstel dus mogelijk.

Herstel als basis van de forensische zorg?

Herstel- en krachtgericht werken kent in de forensische zorg ten opzichte van de reguliere GGZ specifieke kenmerken en uitdagingen. In de reguliere ggz is de beleving van de patiënt/cliënt leidend in de route naar herstel: wat is voor de cliënt belangrijk om een zinvol en bevredigend leven te leiden en wat is daarvoor nodig? Het uitgangspunt in een forensische behandeling lijkt op het eerste oog geheel anders vanwege het opgelegde karakter ervan. Het primaire doel is recidivepreventie en niet het ondersteunen van patiënten/cliënten bij hun hulpvragen. Toch wordt ook in de forensische zorg herstel- en krachtgericht gewerkt.

In de literatuur wordt herstel beschreven als een proces dat bestaat uit vier domeinen: persoonlijk, maatschappelijk, functioneel en klinisch herstel (Van der Stel, 2013). Al deze vormen zijn relevant in de forensische zorg: aandacht voor hoop, identiteit, zingeving, verbinding en autonomie (persoonlijk herstel), het hervatten van deelname aan het maatschappelijk leven met verschillende rollen (functioneel en maatschappelijk herstel) en het zoveel mogelijk verminderen van psychische klachten (klinisch herstel). Uit de gevoerde gesprekken blijkt dat de basisgedachten van het herstel- en krachtgericht werken ook in de forensische zorg alom aanwezig zijn. Een respondent noemt het *"bewegen naar een nieuw soort context waarin niet de behandelaar het meeste doet of het meeste centraal staat"* maar waarin het veel meer een samenspel is tussen de behandelaar, ketenpartners, de patiënt/cliënt en diens omgeving. Herstel- en krachtgericht werken strekt zich daarmee uit over alle facetten van de forensische zorg.

Afbakenen van herstel

Samenhangend met deze brede basis van herstel- en krachtgericht werken is de complexiteit in het zicht krijgen op de dilemma's en uitdagingen hierin. In de interviews is gebruik gemaakt van een topiclijst die is ontwikkeld op basis van de literatuur. Deze topiclijst besloeg een breed spectrum aan onderwerpen zoals veiligheid, hoop, werkaliantie en samenwerking met het sociaal netwerk

van de patiënt/cliënt. In de gesprekken was het soms uitdagend om het niveau van algemeenheden te ontstijgen en de vertaalslag te maken naar concrete handelingsperspectieven. Twee factoren spelen hierbij een rol. Ten eerste is herstel- en krachtgericht werken veelomvattend en daardoor moeilijk af te bakenen, zeker in een onderzoek dat een verkennend en inventariserend karakter heeft. Dit wordt versterkt doordat veel uitgangspunten van herstel- en krachtgericht werken inmiddels zijn ingebed als standaard onderdelen en randvoorwaarden van goede forensische zorg. Ten tweede, persoonlijk herstel wordt in de literatuur gezien als de motor achter de andere vormen van herstel (Van der Stel, 2013). Persoonlijk herstel is sterk waarden-georiënteerd en daarmee meer gericht op attitudes dan bijvoorbeeld op specifieke methodieken waardoor het lastiger te concretiseren is. In een volgende fase van dit project willen we juist proberen tot een nadere uitwerking en concrete handelingsperspectieven te komen in de vorm van een handreiking. Hierbij betrekken we een klankbordgroep uit het forensische werkveld met een brede expertise op het gebied van herstel- en krachtgericht werken. De handreiking bevat uitleg, goede praktijken en adviezen voor herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg. Tevens wordt er in de handreiking een beknopt implementatieplan opgenomen.

Ondanks de uitdagingen bij het afbakenen en concretiseren van herstel- en krachtgericht werken, bleek onder de professionals die voor dit rapport zijn geïnterviewd behoorlijke consensus te bestaan over de uitdagingen en toepassingen van herstel- en krachtgericht werken, ongeacht de setting waarin zij werkzaam waren. Hieronder gaan wij nader in op de uitdagingen in het werken aan de vier vormen van herstel met de nadruk op persoonlijk herstel. Het thema veiligheid is daar in alle gevallen onlosmakelijk aan verbonden en bespreken we daarom als eerste.

Veiligheid als basisvoorwaarde

Het ervaren van veiligheid is een belangrijke basisvoorwaarde in de forensische zorg, zowel voor patiënten/cliënten als voor professionals. Veiligheid is nodig om goede zorg te kunnen leveren. In alle interviews is daarom hiernaar gevraagd in relatie tot herstel- en krachtgericht werken. Respondenten gaven aan dat kernwaarden van herstel- en krachtgericht werken, zoals samenwerken vanuit hoop en verbinding kenmerkend zijn voor een goede werkrelatie. Respondenten zien dit als een investering in de veiligheid. Dit is in lijn met de literatuur over relationele veiligheid, die wordt beschreven als de belangrijkste vorm van veiligheid in de forensische zorg, naast fysieke en procedurele veiligheid (Markham, 2022). Relationele veiligheid gaat over de kennis en het begrip dat professionals over patiënten/cliënten en hun omgeving hebben en het vermogen om dit om te zetten in adequaat handelen en zorg op maat (EFP, Pompestichting en Frontfoot, 2020). Verschillende andere studies vinden een verband tussen het contact dat professionals hebben met patiënten/cliënten en veiligheid (Fletcher et al., 2021; Gadon et al., 2006). Dit onderstreept het belang van deze elementen binnen herstel- en krachtgericht werken.

Tegelijkertijd werd aangegeven dat het vasthouden van deze hoopvolle en krachtgerichte benadering moeilijk is wanneer zich spannende situaties voordoen in het contact met patiënten/cliënten. Meer aandacht is gewenst voor mogelijkheden om herstel- en krachtgericht te blijven werken in situaties waarin de veiligheid in het geding is en acuut gehandeld moet worden. Het spanningsveld tussen het moeten garanderen van de veiligheid en het verlenen van zorg is veelvuldig beschreven in de literatuur (Bjørkdahl et al., 2010). Het vereist verschillende vaardigheden van professionals die soms moeilijk te combineren zijn. Sommige professionals zijn van nature beter in het bewaren van de orde en veiligheid, terwijl andere van nature meer gericht zijn op het contact met de patiënt/cliënt en de zorg daarin (Bjørkdahl et al., 2010). Hoewel het conflict tussen een zorgende en een controlerende rol uitvoerig beschreven is in de literatuur, is er aanzienlijk minder aandacht voor strategieën voor forensische professionals om dit conflict het hoofd te bieden. Het betrachten van transparantie richting patiënten/cliënten over de voorwaarden waaronder behandeling plaatsvindt wordt in ieder geval aanbevolen (Merkt et al., 2021). Daarbij past ook het voorbespreken met de patiënt/cliënt van situaties waarin het als professional nodig is om de regie van de patiënt/cliënt over te nemen en wat er achteraf mogelijk is om het contact weer te herstellen.

Persoonlijk herstel

Sleutelbegrippen hoop, verbinding en betekenisgeving

Aan de hand van de CHIME-Secure thema's (Senneseth et al., 2022) zijn we ingegaan op de belangrijkste aspecten van persoonlijk herstel. Hoop en verbinding worden gezien als belangrijke waarden binnen herstel- en krachtgericht werken. Verbinding betreft het contact dat patiënten/cliënten met zowel professionals als met hun eigen sociaal netwerk hebben. Het is niet eenvoudig om als patiënt/cliënt hoop vast te houden terwijl je een tbs-behandeling van onbeperkte duur ondergaat. Evenmin is het vanzelfsprekend dat professionals hoop houden ten aanzien van hun patiënten/cliënten terwijl zij herhaaldelijk worden geconfronteerd met *acting-out* gedrag van patiënten/cliënten en een maatschappij die niet altijd openstaat voor het opnemen van forensisch psychiatrisch patiënten/cliënten.

Een veelgenoemde oplossing door professionals om toch hoop te houden is het stellen van kleine en haalbare doelen, met een open basishouding gebaseerd op nieuwsgierigheid en aandacht voor 'de mens'. Tevens noemen professionals dat met het vinden van een 'gemeenschappelijk' doel, waarin professional en patiënt/cliënt elkaar kunnen vinden, veel bereikt kan worden bij patiënten/cliënten die 'niets' willen. Dit vormt tevens een goede basis voor de werkaliantie. Hoewel het einddoel, veiligheid voor de maatschappij, niet onderhandelbaar is, zijn de stappen op weg daarnaartoe dat wel (Merkt et al., 2021). In het doornemen van de behandelplannen viel het echter op dat veel doelen niet heel concreet en niet in de taal van patiënten/cliënten waren geformuleerd, terwijl dit vanuit een herstelvisie wel wenselijk zou zijn. Voor herstelondersteunende begeleidingsplannen wordt aanbevolen het taalgebruik te laten aansluiten bij de stijl en het niveau van de patiënt/cliënt (Hendriksen-Favier et al., 2012).

Verbinding betreft ook het contact met het eigen sociaal netwerk. Dit contact kent verschillende verschijningsvormen, soms is het nauwelijks aanwezig, soms vooral antisociaal, soms sociaal en ondersteunend of sociaal en beschermend. De mate waarin de personen uit het sociaal netwerk zelf contact willen hebben met de patiënt/cliënt is verschillend, soms is het netwerk toegankelijk en bereidwillig, maar vaak ook niet, zeker niet als het slachtoffer uit het netwerk komt. Dan is het contact met het netwerk niet in alle gevallen mogelijk of wenselijk voor de slachtoffers. Hoewel vanuit de herstel- en krachtgerichte benadering contact met het netwerk voor de patiënt/cliënt van belang is, kan veiligheid van het netwerk, maar ook veiligheid van de patiënt/cliënt een belemmerende factor vormen. Alle instellingen hebben aandacht voor het netwerk, de mate waarin en de manier waarop verschilt. Onderzoek wijst op het belang van professionals met een netwerkgerichte attitude en goede systeemvaardigheden om de vaak complexe netwerken te begeleiden (Bootsma et al., 2017). Hoe het netwerk gepositioneerd kan worden en welke attitudes van de professional hierbij een rol spelen wordt momenteel onderzocht binnen een [lopend project van de Hogeschool Utrecht](#).

Betekenisgeving betreft zowel het hebben van een betekenisvolle dagbesteding tijdens een forensische behandeling als ook het toewerken naar een betekenisvol leven na afronding van de behandeling. Met name dit laatste aspect kwam terug in de interviews en werd in nauw verband gebracht met hoop. Patiënten/cliënten ontleen hoop en motivatie uit samen met behandelaars toewerken naar een toekomst waarin bijvoorbeeld contact met hun kinderen weer mogelijk is of zij een baan hebben waar zij voldoening uit halen.

Uitdagingen op gebied van identiteitsontwikkeling en empowerment

Identiteitsontwikkeling en empowerment zijn in veel forensische behandelingen van belang. Hoe kunnen patiënten/cliënten leren om hun eigen levensomstandigheden positief te beïnvloeden ofwel empowerment uit te oefenen? En hoe kunnen zowel behandelaars als patiënten/cliënten zelf op een genuanceerde manier naar patiënten/cliënten kijken, waarbij de aandacht voor probleemkanten en sterke kanten in balans is? Dit is een voortdurende uitdaging. Te weinig aandacht voor krachten van patiënten/cliënten wordt niet aangeraden, tévéél aandacht hiervoor evenmin. Onderzoek binnen de reclasseringspraktijk maakt duidelijk dat een combinatie van het monitoren van risicovergroterend gedrag en het begeleiden van patiënten/cliënten bij het opbouwen van een delictvrij bestaan werkzamer is dan de focus op enkel monitoren of begeleiden. De zogenoemde 'hybride' reclasseringswerker gaat terughoudend om met het rapporteren van overtredingen en maakt daarbij een goede afweging tussen veiligheid (van de samenleving en de patiënt/cliënt) en de re-integratiedoelstelling (Skeem & Manchak, 2008). Respondenten onderschrijven dit dilemma. Er zijn verschillende manieren aangedragen om zicht te krijgen op

krachten van patiënten/cliënten, zoals het gebruik van een instrument om beschermende factoren voor geweld in kaart te brengen, zoals de SAPROF⁷. Ook werd het onderwijsaanbod in een van de FPC's benoemd waarbij patiënten/cliënten les krijgen in verschillende onderwijs-, sport- of kunstvakken.

Een andere belangrijke uitdaging op het gebied van identiteitsontwikkeling betreft de sterke stigma's die soms bestaan in de maatschappij en bij ketenpartners over forensisch psychiatrische patiënten/cliënten. Dit kan de behandeling belemmeren en de mogelijkheden die patiënten/cliënten hebben om op een positieve manier regie te voeren over hun eigen leven beperken. In het onderzoek geven respondenten voorbeelden van manieren waarop patiënten/clienten vanwege stigma's worden uitgesloten van deelname aan bijvoorbeeld het verenigingsleven, terwijl het behandelinhoudelijk juist veilig en verantwoord, zelfs zeer aan te moedigen, is dat zij hier wel aan deelnemen. Destigmatisering is een belangrijk onderwerp, eens te meer wanneer stigma's ook doorsijpelen naar professionals en patiënten/cliënten zelf. Onder meer de inzet van ervaringsdeskundigen wordt genoemd om eventuele blinde vlekken bij professionals bloot te leggen. Het inzetten van ervaringskennis wordt gezien als een belangrijk onderdeel van herstelgericht werken. Ook randvoorwaarden vanuit de organisatie zijn hierin belangrijk zoals het faciliteren van intervisie en zelfreflectie bij professionals, investeren in forensisch vakmanschap en het bieden van ruimte voor professionals om creatief en out of the box te kunnen denken en handelen.

Maatschappelijk, functioneel en klinisch herstel

Naast persoonlijk herstel bestaat ook maatschappelijk, functioneel en klinisch herstel. Op klinisch herstel, ofwel het verminderen van psychische klachten, wordt volop ingezet als symptomen van psychopathologie het risico van terugval in (seksueel) gewelddadig gedrag vergroten. In dit rapport wordt hier verder niet op ingegaan omdat er al veel kennis en protocollen beschikbaar zijn over het verminderen van relevante symptomatologie.

Functioneel herstel gaat over het verbeteren van het lichamelijke, psychische en sociale functioneren zodat patiënten/cliënten weer relevante rollen in hun leven kunnen vervullen. Maatschappelijk functioneren gaat over het ontwikkelen of hernemen van sociale en maatschappelijke rollen. Dit gaat zowel over de rollen die patiënten/cliënten kunnen vervullen binnen hun sociale netwerk en in de bredere context van werk, studie en vrijetijdsbesteding (GGZ standaard herstelondersteuning). Naar dit hernemen van sociale en maatschappelijke rollen gaat veel aandacht uit in een forensische behandeling. Het hebben van passend werk, vrijetijdsbesteding en een prosociaal netwerk zijn beschermende factoren die de kans op terugval in gewelddadig gedrag kunnen verkleinen. De in dit rapport geschetste uitdagingen op gebied van persoonlijk herstel zijn daarin wel belangrijke belemmerende factoren. Met name stigmatisering kan het maatschappelijk herstel in de weg staan en verdient daarom nadere aandacht in zowel onderzoek als praktijk.

Sterke kanten en beperkingen van dit onderzoek

Dit onderzoek kent verschillende sterke elementen. In de eerste plaats is dat de goede respons bestaande uit een brede vertegenwoordiging van professionals van verschillende soorten instellingen en beveiligingsniveaus. In deze veldverkenning zijn elf professionals en negen cliënten uit verschillende forensische zorginstellingen geïnterviewd. Hoewel de omvang van de steekproef relatief beperkt is, sluit zij aan bij de opzet en doelstelling van kwalitatief, exploratief onderzoek. Hierbij staat niet een statistische representativiteit centraal, maar het verdiepend begrijpen van ervaringen en betekenissen in de praktijk. Deze professionals zijn gesproken door verschillende interviewers, wat het risico op bias in de gesprekken verkleint. De gebruikte topiclijsten hebben een theoretisch fundament op basis van de literatuur. Ook waren duidelijke thema's herkenbaar en waren er veel overeenkomsten in de ervaringen van professionals en patiënten/cliënten uit verschillende hoeken van de forensische zorg. Dit wijst erop dat binnen deze steekproef sprake was van conceptuele verzadiging: nieuwe interviews leverden geen nieuwe thema's of perspectieven meer op, maar bevestigden en verdiepten bestaande patronen. Tegelijkertijd is het belangrijk om te benadrukken dat de resultaten niet zonder meer veralgemeeniseerd kunnen

⁷ Dit instrument kan niet op zichzelf gebruikt worden, maar altijd in combinatie met een risicotaxatie-instrument.

worden naar het volledige forensische zorgveld. De professionals die deelnamen hadden allen aantoonbare affiniteit met, of ervaring in, herstel- en krachtgericht werken. Hierdoor kan hun perspectief mogelijk anders zijn dan dat van collega's voor wie dit gedachtegoed minder vanzelfsprekend is. Daarnaast zijn cliënten geïncorporeerd uit vier instellingen; de ervaringen kunnen verschillen van cliënten in andere settings, beveiligingsniveaus of fases van behandeling. Samenvattend bieden de interviews een samenhangend en inhoudelijk consistent beeld van wat professionals en cliënten als belangrijk ervaren in herstel- en krachtgericht werken. Tegelijkertijd blijft het wenselijk om in vervolgstappen te onderzoeken hoe deze inzichten toegepast en geborgd kunnen worden in de volle breedte van het forensische zorgveld. De handreiking geeft daar een eerste aanzet toe. In vervolgonderzoek kan met grotere samples verder worden ingezoomd op specifieke uitdagingen of domeinen van herstel.

Ondanks de sterke elementen van het onderzoek zijn er ook verschillende beperkingen. De methodische aanpak van deze verkenning maakt het onmogelijk om een volledig uitputtend overzicht te bieden van kansen en dilemma's van herstel- en krachtgericht werken in alle onderdelen van de forensische zorg. Het literatuuroverzicht beperkt zich daarom tot hoofdlijnen van relevante ontwikkelingen op het gebied van herstel- en krachtgericht werken. Ook in de interviews is gepoogd op grond van de literatuur alle belangrijke onderdelen van herstel- en krachtgericht werken aan bod te laten komen. Gegeven de lengte van de interviews (gemiddeld ongeveer een uur met professionals en ongeveer een half uur met patiënten/cliënten) is het onmogelijk om diepgaand inzicht te verwerven in alle hoofdonderwerpen. Een aantal aspecten in de interviews kwamen weinig concreet en specifiek aan de orde. Hierdoor is het lastig om de opgehaalde informatie rechtstreeks te vertalen naar handelingsadviezen voor de praktijk. Bij de ontwikkeling van een handreiking zullen we daarom aandacht moeten hebben voor concrete handelingsadviezen en goed moeten stilstaan bij hoe die helder krijgen. Tot slot geldt als beperking dat niet alle geïnterviewde professionals vooraf twee behandelplannen hadden doorgenomen om te beoordelen in hoeverre herstel- en krachtgericht werken hierin een plek heeft, ondanks duidelijke instructie vooraf. Sommigen hadden dit onderdeel niet voorbereid en pakten er ad hoc een behandelplan bij en met sommigen is meer algemeen over de inhoud van behandelplannen gesproken, zonder naar een specifiek plan te kijken. Hierdoor hebben we slechts een beperkt beeld gekregen van de plek van herstel- en krachtgericht werken in het behandelplan (onderzoeksvraag 4). Zo is niet helder geworden in welke mate de patiënt/cliënt betrokken wordt bij het opstellen en verwoorden van de behandeldoelen.

Aanbevelingen voor de praktijk

In de reguliere ggz wordt herstelondersteunende zorg gezien als een visie op hoe zorg eruit dient te zien, niet als een specifiek onderdeel dat op bepaalde moment aan de zorg kan worden toegevoegd. Dit is in de forensische zorg niet anders. De genoemde randvoorwaarden voor herstel- en krachtgericht werken, zoals investeren in ervaringsdeskundigheid en [forensisch vakmanschap](#), zijn passend bij wat over de gehele linie wordt gezien als goede forensische zorg. Dit laat zien dat herstel- en krachtgericht werken zich ook over deze gehele linie uitstrekt. Het betreft behandelinhoudelijke processen, maar raakt evenzeer aan de zorg voor professionals zelf en de samenwerking met ketenpartners. Dit kwam naar voren in gesprekken met professionals en patiënten/cliënten in de ambulante forensische zorg, de klinische forensische zorg, PPC's en forensische verslavingszorg.

Gegeven de brede omvang van het begrip herstelondersteuning in de forensische zorg, is het voorstelbaar dat respondenten het lastig vinden om herstel- en krachtgericht werken concreet te maken. Alles wat gebeurt in de forensische zorg kan immers op een herstelgerichte manier worden aangepakt, ook al is dat soms ingewikkeld. Het creëren van eigen regie voor de patiënt/cliënt levert bijvoorbeeld verschillende uitdagingen en dilemma's op. De professionals uiten de wens om in een handreiking op te nemen hoe zij concreet handen en voeten kunnen geven aan herstel- en krachtgericht werken. Op grond van de bevindingen zijn daarin in ieder geval de volgende onderwerpen van belang:

- effectieve mogelijkheden om de balans tussen aandacht voor krachten en risico's te handhaven in de forensische zorgpraktijk, met name in situaties die als spannend worden ervaren door professionals;

- mogelijkheden om op een herstel- en krachtgerichte manier over delicten en risico's te blijven praten, welk taalgebruik past daarbij?;
- in hoeverre is het mogelijk om de patiënt/cliënt meer regie te geven?;
- aandacht voor een positieve basishouding, waarin de professional altijd naar mogelijkheden en kansen blijft zoeken, met aandacht voor 'de mens' en kleine stapjes vooruit;
- mogelijkheden om te werken aan destigmatisering;
- aandacht voor de randvoorwaarden vanuit de organisatie.

Vervolgprojecten moeten duidelijk maken wat er nodig is om medewerkers uit te rusten voor deze ingewikkelde taak waarin zij zorg en toezicht op een effectieve manier combineren.

2.5. Conclusie veldverkenning

Het belang van herstel- en krachtgericht werken wordt inmiddels breed onderkend in de forensische zorg, onder meer door de focus bij een aantal instellingen op beschermende factoren voor geweld en de aandacht voor basisbehoeften van patiënten/cliënten in het Good Lives Model. Deze veldverkenning geeft inzicht in de betekenis van herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg en hoe dit soms kan botsen met risicogericht werken, maar ook goed elkaar kan aanvullen. Ook geeft deze verkenning een actueel overzicht van de beschikbare en toegepaste herstel- en krachtgerichte methodieken voor de forensische zorg. Een kernelement van herstel- en krachtgericht werken is volgens professionals een positieve basishouding met aandacht voor hoop en krachten. In deze veldverkenning zijn vele voorbeelden verzameld van hoe professionals herstel- en krachtgericht werken in grote lijnen vormgeven, waarbij het CHIME-S model voor ons als belangrijke kapstok diende. De plek van herstel- en krachtgericht werken in de behandelplannen is minder duidelijk. Doelen bleken veelal niet heel concreet en niet in taal passend bij herstelgericht werken geformuleerd. De inzet van ervaringsdeskundigen en shared decision making kunnen helpen om doelstellingen op het gebied van herstel- en krachtgericht te werken te realiseren en om qua taal beter aan te sluiten bij de wensen en behoeften van patiënten/cliënten.

Tegelijkertijd bestaan hierbij belangrijke uitdagingen. Belangrijke aspecten van persoonlijk herstel als hoop, betekenisgeving en autonomie zijn niet vanzelfsprekend in een door de rechter opgelegde behandeling. Ook in de weg naar maatschappelijk herstel bestaan belangrijke uitdagingen, zoals stigmatisering. Het daadwerkelijk bewegen naar een nieuwe context waarin patiënten/cliënten, hun netwerk, professionals en maatschappelijke partners met elkaar samenwerken op een herstel- en krachtgerichte manier vraagt nog veel werk.

In dit rapport hebben we nieuwe inzichten verkregen, die we in een vervolgstap concreter kunnen uitwerken in de vorm van een handreiking. De interviews tonen aan dat er brede erkenning is voor het gedachtegoed en dat professionals vanuit hun praktijkervaring een genuanceerd en rijk beeld geven van zowel de mogelijkheden als de knelpunten. Professionals geven blijk van betrokkenheid en een oprechte wens om vanuit hoop, menselijkheid en vertrouwen te werken. Tegelijkertijd blijkt dat begrippen als 'herstel' en 'kracht' verschillend worden geïnterpreteerd en dat concrete vertalingen naar behandelplannen, methodieken en teamreflectie vaak ontbreken. Ook bestaat onzekerheid over hoe herstelgericht te blijven handelen in complexe of risicovolle situaties. Professionals geven aan concrete handvatten en handelingsperspectieven te missen over herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg. Het vraagt van professionals dat zij zich een bepaalde basishouding, vaardigheden en inzichten eigen maken. Hoewel de verzamelde input een goede basis vormt, is verdere verrijking met perspectieven van inhoudelijke experts wenselijk om tot een breed gedragen en toepasbare handreiking te komen. Aanvullende input kan met name bijdragen aan het vertalen van het gedachtegoed naar praktische en eenduidige richtlijnen voor de praktijk. Daarom werken we in de vervolgfase nauw samen met een deskundige klankbordgroep bestaande uit behandelaren met expertise ten aanzien van herstel- en krachtgericht werken, ervaringsdeskundigheid en de BW/MO-sector. Zo komen we gezamenlijk tot een handreiking die niet alleen theoretisch onderbouwd is, maar ook aansluit bij de dagelijkse praktijk. Daarmee streven we naar een bruikbaar en herkenbaar resultaat voor professionals in de forensische zorg.

3. Fase 2 Ontwikkeling handreiking

3.1. Uitgangspunten en ontwikkelcriteria

In Fase 1 van dit project voerden we een literatuuronderzoek uit naar bestaande werkwijzen en methodieken voor herstel- en krachtgericht werken. Daarna interviewden we elf professionals en negen patiënten/cliënten van verschillende ambulante en klinische settingen. Een kernelement van herstel- en krachtgericht werken bleek een positieve basishouding van professionals, met aandacht voor hoop en krachten. Professionals deelden daarbij voorbeelden van hoe zij herstel- en krachtgericht werken succesvol integreren met de focus op veiligheid en risico's. Herstel- en krachtgericht werken wordt voor professionals met name moeilijk in risicovolle situaties en wanneer patiënten/cliënten 'niets willen'. Het veldonderzoek maakte duidelijk dat het daadwerkelijk bewegen naar een nieuwe context waarin patiënten/cliënten, hun netwerk en professionals met elkaar samenwerken op een herstel- en krachtgerichte manier, nog veel aandacht vraagt. Het vraagt van professionals dat zij zich een bepaalde basishouding, vaardigheden en inzichten eigen maken. De resultaten van deze literatuur- en veldverkenning vormden een goede basis voor het ontwikkelen van een handreiking.

De Programmacommissie gaf op 20 augustus 2024 een positief advies voor de ontwikkeling van de handreiking (Fase 2). Daarbij gaf zij een aantal aandachtspunten mee, die in overleg met de wetenschappelijk adviseur van KFZ deels zijn meegenomen in dit vervolgtraject. Deze aandachtspunten hadden met name betrekking op:

- In het werkveld zijn instellingen met uiteenlopende beveiligingsniveaus vertegenwoordigd. Zorg ervoor dat de handreiking toepasbaar is binnen deze verschillende typen instellingen.
- Het thema kracht- en herstelgericht werken komt in meerdere KFZ-producten voor binnen de BW/MO. Neem de inzichten uit deze producten mee in de handreiking.
- Geef voldoende aandacht aan de combinatie van herstel- en krachtgericht werken met forensisch werken, en maak duidelijk waar de grenzen en mogelijkheden liggen.

Deze aandachtspunten zijn toegepast bij de ontwikkeling van de handreiking. Ook zijn naar aanleiding van de feedback enkele kleine aanpassingen gedaan aan het verslag van Fase 1. In de klankbordgroep waren tijdens Fase 2 instellingen met verschillende beveiligingsniveaus én de BW/MO vertegenwoordigd. De kennis en inzichten uit de eerdere KFZ-producten zijn meegenomen en bij het opstellen van de handreiking is in overleg met de klankbordgroep de focus voortdurend geweest op de combinatie van forensisch werken met herstelgericht werken. Uit de eerdere onderzoeken en ons literatuur- en veldonderzoek in Fase 1 hebben we geconcludeerd dat het herstelgericht werken in de forensische zorg van professionals vraagt dat zij zich een bepaalde basishouding, vaardigheden en inzichten eigen maken. Deze manier van werken is niet goed te vangen in protocollen, voorschriften of gesprekslijsten. Zien van krachten, gericht zijn op herstel vergt een vorm van omdenken: 'Je ziet het pas als je het door hebt'. Daarom hebben we de handreiking gericht op de vijf basisprincipes van het herstelgericht werken in het forensische domein. Deze principes vormen de basis, van waaruit we de handreiking met de toelichting, de casussen en de gesprekskaartjes hebben gemaakt. Met deze concrete handvatten hopen we dat de professionals en patiënten/cliënten gaan oefenen met herstel- en krachtgericht werken, zodat ze door krijgen wat deze werkwijze inhoudt en meer oog krijgen voor de krachten en het herstel van de patiënt/cliënt.

In het onderzoeksvoorstel waren de volgende onderdelen voorgesteld:

1. Een handreiking met adviezen en tips voor kracht- en herstelgericht werken in ambulante en klinische behandelsettings en PPC's (waarschijnlijk in de vorm van een bondige, interactieve PDF). In de handreiking wordt een beknopt implementatieplan opgenomen, met hierin aandacht voor het implementatieproces in een organisatie. Hiervoor wordt het Implementation Outcomes Framework (Proctor et al., 2011) als basis gebruikt. Dit maakt dat het product direct bruikbaar en praktisch inzetbaar is. Daarnaast maakt de gekozen vorm (een bondige PDF in taal aansluit bij cliënten en professionals) dit product praktisch inzetbaar en direct bruikbaar voor de praktijk.
2. Een eindrapportage met de bevindingen van de veldverkenning (fase 1), het proces van het opstellen van de handreiking en de resultaten van het pilotonderzoek.

3.2. Ontwikkeling handreiking

3.2.1. Ontwikkeling concepthandreiking

Om na de veldverkenning te komen tot een praktische handreiking gingen we als volgt te werk. In september 2024 startten we met de ontwikkeling van de concepthandreiking. In het najaar van 2024 hielden we een brainstorm met de klankbordgroep. Uit deze brainstorm kwamen de volgende punten naar voren:

- Er is behoefte aan een korte en krachtige handreiking met concrete voorbeelden, en concrete tips voor de aanpak bij moeilijke trajecten. Een handreiking moet concrete handvatten geven aan de professionals op de werkvloer.
- De handreiking moet niet te omvangrijk zijn en gemakkelijk te begrijpen, professionals hebben niet veel tijd om te lezen. Vanuit de herstelgerichte gedachte moeten ook cliënten de handreiking kunnen gebruiken. Daarom moet het taalgebruik niet te moeilijk zijn.
- Het uitgangspunt kunnen de CHIME- elementen zijn, die raken de essentie van het herstel- en krachtgericht werken.
- Liefst een stroomdiagram, met korte teksten, bijvoorbeeld per fase van behandeling, of met enkele hoofdthema's.
- Een poster die ergens in een instelling hangt, die gemakkelijk opgemerkt wordt, bijvoorbeeld een aansprekende poster met vragen als: heb ik vandaag de krachten van mijn cliënt gezien?

Naar aanleiding van deze brainstorm hebben we een eerste versie van de handreiking gemaakt, bestaande uit de volgende onderdelen:

1. Een poster met daarop de vier thema's, verbinding, hoop, identiteit en grip op het leven. Verbinding is daarin de basis waar de andere thema's uit voortvloeien. De thema's werden visueel vormgegeven door een symbool. Bij de symbolen formuleerden we prikkelende vragen, die ook op de poster kwamen te staan. Daarnaast was er plaats voor een QR-code die leidde naar een 'onderlegger'.
2. Een pdf als 'onderlegger', met daarin een korte uitleg over herstel- en krachtgericht werken, achtergrondinformatie, tips om herstel- en krachtgericht te kunnen werken, dilemma's, casussen en links naar aanvullende informatie over specifieke herstel- en krachtgerichte methodieken.
3. Kaartjes met prikkelende vragen die gebruikt kunnen worden door de professionals bij hun gesprekken of als reflectiemateriaal en die verspreid kunnen worden in instellingen, bijvoorbeeld in overlegruimtes of op een prikbord.

Deze conceptversie is door de klankbordgroep nog tweemaal van feedback voorzien. Zo is de lay-out verfijnd, en zijn de vier thema's uitgebreid met het thema zingeving. Het idee van een stroomdiagram werd verlaten omdat de alle thema's terugkomen in alle fases van de behandeling en niet voor specifieke fases. De prikkelende vragen, geformuleerd door de projectgroep op basis van de verwerkte literatuur over herstel- en krachtgericht werken, zijn verder verfijnd aan de hand van de feedback van de klankbordgroep. De casussen zijn aangeleverd door de klankbordgroep. In nauwe samenwerking met de klankbordgroep zijn we op deze manier tot een concepthandreiking gekomen die in een pilotonderzoek is getest.

3.2.2. Pilotonderzoek

Om na te gaan of de handreiking voldoende aansluit bij de behoeften van professionals en patiënten/cliënten, hebben we aan een aantal professionals gevraagd de concepthandreiking toe te passen in hun dagelijkse praktijk en deze van feedback te voorzien.

Aanpak

Eind januari benaderden we vijf professionals met de vraag de concept handreiking (handreiking, poster en gesprekskaartjes) toe te passen in de dagelijkse praktijk, liefst met een patiënt/cliënt. Een week voor het geplande interview kregen respondenten de handreiking, poster en een opzet

voor de kaartjes toegestuurd. Drie respondenten kregen in eerste instantie een versie zonder casussen. Twee respondenten kregen later een aangepaste versie toegestuurd waar casussen aan waren toegevoegd. Vervolgens werd de handreiking geëvalueerd tijdens individuele online interviews. De interviews vonden plaats in de periode van 30 januari t/m 6 februari 2025 en zijn uitgevoerd door een lid van de projectgroep (Sylvana Robbers). Tijdens de interviews zijn gespreksnotities gemaakt, de gesprekken zijn niet opgenomen.

Tijdens de interviews werd o.a. ingegaan op de aantrekkelijkheid, doelmatigheid, toegankelijkheid en mogelijke verbeterpunten. Daarnaast werd gevraagd naar de domeinen van het Implementation Outcomes Framework (Proctor et al., 2011). Deze domeinen betreffen onder meer de aansluiting van de handreiking bij de dagelijkse praktijk, tevredenheid met de handreiking, bereidheid tot het werken met de handreiking in de toekomst, hoe de handreiking onder de aandacht kan worden gebracht en welke acties het initiële en blijvende gebruik kunnen bevorderen. Zie Bijlage 1 voor de volledige topiclijst.

Deze tabel toont een overzicht van de geïnterviewde respondenten:

	Functie	Type instelling
R1	GGZ-agoog, docent en trainer Steunend Relationeel Handelen en Krachtwerk	FPA
R2	Ervaringsdeskundige	Beschermd wonen
R3	Regiebehandelaar	Ambulante forensische zorg
R4	Forensisch therapeutisch medewerker	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
R5	Regiebehandelaar	FPC

Met een zesde respondent is tot drie keer toe een afspraak gemaakt, maar het interview kon telkens geen doorgang vinden. Toch denken wij met deze vijf respondenten voldoende input te hebben verzameld. De groep bevat vertegenwoordigers uit verschillende typen instellingen binnen het forensische zorgveld, waardoor uiteenlopende perspectieven en contexten in de gesprekken zijn meegenomen.

Resultaten

De belangrijkste resultaten worden hieronder bondig per thema weergegeven. Alle respondenten hadden de handreiking doorgelezen. Enkel hadden de poster geprint en opgehangen en de handreiking ook met collega's besproken.

Aantrekkelijkheid

Respondenten beoordelen de handreiking, de kaartjes en de poster unaniem als aantrekkelijke producten. Wat erg aanspreekt zijn de heldere opmaak en de tekstballonnen.

Toegankelijkheid en gebruiksvriendelijkheid

Respondenten vinden de handreiking duidelijk qua taal. Er zitten geen onderdelen in die moeilijk te begrijpen zijn. Voor LVB-patiënten/-cliënten is de handreiking echter nog onvoldoende toegankelijk: de handreiking bevat te veel taal. Simpele kaartjes met concrete vragen en illustraties kunnen voor LVB-patiënten/-cliënten van meerwaarde zijn. Het onderdeel 'verder lezen' wordt als minder toegankelijk ervaren. Dit deel van de handreiking is amper bekeken, soms vanwege gebrek aan computers en toestemming om door te klikken. Het is voor de respondenten niet duidelijk wat er hieromtrent van ze wordt verwacht en wat de meerwaarde van deze informatie voor hen precies is.

Geschiktheid

Zowel de concepthandreiking, alsook de poster en de kaartjes, sluiten volgens de respondenten voldoende, maar niet optimaal, aan bij de dagelijkse forensische praktijk. Met name de aansluiting bij MBO-geschoold personeel laat nog te wensen over. De belangrijkste feedback is dat de handreiking nog te veel algemeenheden bevat en daarmee oppervlakkig blijft. De handreiking mist concreet handelingsperspectief: "Hoe vlieg je zo'n gesprek aan en welke vragen stel je dan

concreet?” Dat maakt de concepthandreiking op dit moment nog onvoldoende geschikt voor een adequate toepassing in de dagelijkse praktijk.

Volledigheid

Zowel de concepthandreiking als de poster missen concrete handelingsperspectieven: “Wat betekent dit nu voor mijn professioneel handelen?” Over elk element kunnen vragen worden gesteld om de verdieping in te gaan, dit zal verder moeten worden uitgewerkt in de kaartjes. De losse elementen zijn herkenbaar voor respondenten, maar voor een enkeling mist een goede onderbouwing van deze vijf elementen en hun de onderlinge samenhang: “Het zijn losse elementen zonder verbinding”. Daarnaast richt de handreiking zich her en der nog te weinig op het forensische kader en het element veiligheid: “Wat doe je qua veiligheid in de forensische zorg? Dat hoort eigenlijk bovenaan de ladder te staan.”

Doelmatigheid

Enkele respondenten hebben de concepthandreiking in hun dagelijks werk toegepast met patiënten/cliënten. Het is voor hen een hulpmiddel geweest om andere gesprekken te voeren. Respondent 4 ging in gesprek met een cliënt: “Vind jij dat ik jou hoop geef?” De respondent gaf aan dat ze aan de hand van deze handreiking inhoudelijk andere gesprekken had met patiënten/cliënten dan zij normaal gesproken heeft, over onder andere hoop en betekenisgeving. Voor deze thema’s was hiervoor weinig tot geen aandacht. Ook van haar collega’s kreeg zij terug: “Wat een mooie manier om in gesprek te gaan, ik heb gelijk een ander gesprek dan daarvoor”. Verder heeft zij de handreiking met haar collega’s gebruikt bij het opstellen van een nieuw signaleringsplan. Ook heeft zij een cliënt de handreiking gegeven, die later aan haar teruggaf: “Ik ben echt gaan nadenken over wat ik nodig heb”.

Haalbaarheid

Alle respondenten geven aan dat de handreiking, met de nodige aanpassingen, succesvol kan worden gebruikt binnen hun instelling. Die nodige aanpassingen betreffen voornamelijk het toevoegen van concrete handelingsperspectieven.

Tevredenheid

De meeste respondenten zijn tevreden over de producten. Over het geheel genomen vinden ze de handreiking een prettig, nuttig en zeer relevant product. De tevredenheid voor professionals kan worden vergroot door het toevoegen van meer concrete vragen die de professional kan stellen in gesprek met de patiënten/cliënt. Met de nodige aanpassingen kunnen de kaartjes een “prachtige diepgang” geven. De tevredenheid kan voor patiënten/cliënten worden vergroot door de handreiking qua taal beter te laten aansluiten bij de LVB-doelgroep en de handreiking, kaartjes en poster te verrijken met meer visualisaties.

Bereidheid (om met de handreiking te werken)

Respondenten (en ook enkele bij hen betrokken patiënten/cliënten) zijn gemotiveerd om met de handreiking en de kaartjes aan de slag te gaan, de poster op te hangen in de instelling, en om de producten te delen met patiënten/cliënten en/of studenten.

Borging (beschikbaarheid)

De handreiking kan worden verspreid via e-mail, intranet en LinkedIn. De handreiking kan per e-mail naar alle behandelaren worden gestuurd. Ook kan de handreiking bij scholen/opleidingen worden neergelegd.

Initieel en blijvend gebruik

Implementatie van de handreiking zal gepaard moeten gaan met uitleg, bijvoorbeeld via structurele overleggen binnen de verschillende instellingen. Een respondent gaf aan dat zij de handreiking graag als Powerpoint zou willen ontvangen, om deze bijvoorbeeld tijdens deskundigheidsbevordering op een groot scherm te kunnen delen. Verder kan de handreiking worden geplastificeerd en bijvoorbeeld op de afdelingen en kantoren bij de verschillende instellingen worden neergelegd.

Kosten

De kosten van deze handreiking blijven beperkt tot de kosten voor printen. Een poster printen is voor geen enkele van de gesproken instellingen een probleem.

Conclusie pilotonderzoek

De resultaten van dit pilotonderzoek lieten over het algemeen een positief beeld zien ten aanzien van de concepthandreiking. Respondenten waren enthousiast over de gekozen vorm: een beknopte en overzichtelijke PDF met een poster en gesprekskaartjes. Respondenten beoordeelden de handreiking als aantrekkelijk, duidelijk, toegankelijk en redelijk geschikt voor gebruik in de instellingen. De respondenten gaven wel een aantal duidelijke verbeterpunten aan. De belangrijkste aandachtspunten waren concrete handelingsperspectieven, de verbinding tussen de vijf thema's en de inbedding van het onderdeel 'verder lezen'.

Ten aanzien van de implementatie van de handreiking kwam naar voren dat de bereidheid om met een handreiking voor herstel- en krachtgericht werken aan de slag te gaan, groot is. Met de nodige aanpassingen, kan deze handreiking naar verwachting met succes worden gebruikt binnen de forensische zorg. Dit zal echter wel gepaard moeten gaan met uitleg, bijvoorbeeld via een van de structurele overleggen. Ook verdient de verspreiding van de handreiking via verschillende kanalen (waaronder via LinkedIn, via KFZ, website Forensisch Vakmanschap, KFZ-symposium, website van het lectoraat Werken in Gedwongen Kader) de nodige aandacht.

Vervolgstappen

Naar aanleiding van deze resultaten pasten we de handreiking aan. De belangrijkste aanpassingen betroffen:

- We voorzagen de handreiking van een inleiding waarin we uitleggen waar de vijf thema's verbinding, hoop, identiteit, zingeving en grip op het leven op gebaseerd zijn. We leggen in deze inleiding uit hoe het thema veiligheid een plek heeft in de handreiking.
- De laatste pagina 'Verder lezen' pasten we aan met een beperkter aantal linkjes naar verdere informatie. De linkjes verwerkten we in een tekst die uitleg geeft over het belang van deze onderwerpen voor herstel- en krachtgericht werken.
- De respondenten vroegen om concrete handelingsperspectieven, daarom voegden we vragenkaartjes toe voor de professional en de patiënt/cliënt, die direct te gebruiken zijn in een gesprek. Aan de hand van de vijf thema's zijn door de klankbordgroep en de projectgroep gespreksvragen toegevoegd op basis van de reeds ontwikkelde prikkelende vragen.
- Ten aanzien van de vragen voor patiënten/cliënten zijn sommige teksten herschreven ter verduidelijking.

3.2.3. Definitieve handreiking

In maart 2025 is de aangepaste handreiking nogmaals voorgelegd aan de klankbordgroepsleden en leverden zij feedback. Naar aanleiding van de feedback zijn het taalgebruik en de casussen verder aangescherpt. De gesprekskaartjes voor het gesprek tussen de patiënt/cliënt en de professional zijn van feedback voorzien door klankbordgroepsleden die direct contact hebben met patiënten/cliënten. In april 2025 werden aan de hand van alle feedback de definitieve handreiking, poster en gesprekskaartjes opgesteld.

De definitieve handreiking bestaat uit:

- een poster op A4 formaat, die bedoeld is om de aandacht te trekken voor het onderwerp herstelgericht werken met daarop een QR-code die leidt naar de projectpagina over deze handreiking, de PDF/boekje en de gesprekskaartjes,

- een beknopte PDF (ook uit te printen als “boekje”), met uitleg over het onderwerp herstelgericht werken, uitleg over de vijf thema’s, casusvoorbeelden en reflectievragen.
- gesprekskaartjes voor professionals en patiënten/cliënten. Voor elk thema zijn vragen geformuleerd vanuit drie perspectieven: die van de cliënt, de professional en de reflectieve professional (gericht op zelfreflectie van de professional).

De poster wordt gemakkelijk opgemerkt en geeft compacte informatie. Het ‘boekje’ biedt professionals de mogelijkheid doelgericht verdere informatie op te zoeken over de belangrijkste thema’s die horen bij herstel, welke uitdagingen hierbij kunnen bestaan en casuïstiek die laat zien hoe met deze uitdagingen kan worden omgegaan. De vijf CHIME⁸ thema’s vormen de basisstructuur van de handreiking. Waar het ‘boekje’ bedoeld is om bewustzijn en kennis ten aanzien van herstelondersteuning te vergroten, zijn de gesprekskaartjes bedoeld om actief met patiënten/cliënten over deze thema’s in gesprek te gaan. De gekozen vorm (een bondige PDF die in taal aansluit bij patiënten/cliënten en professionals, een poster en gespreks- en reflectiekaartjes) maakt dat product praktisch inzetbaar en direct bruikbaar is voor de praktijk.

Om de organisatie en de professionals op weg te helpen om aan de slag te gaan met dit thema, is in de handreiking een beknopt implementatieplan opgenomen. Hiervoor is het Implementation Outcomes Framework (Proctor et al., 2011) als basis gebruikt.

⁸ Connectedness, Hope, Identity, Meaning en Empowerment (Leamy et al., 2011). Deze staan in de handreiking en in de rapportage van Fase 1 (Veldverkenning) uitgebreid beschreven.

Referenties

- Aga, N., & Vanderplasschen, W. (2016). De Schone en het Beest: persoonlijk herstel binnen een forensische context. In: T. Vander Beken, E. Broekaert, K. Audenaert, F. Vander Laenen, S. Vandevelde & W. Vanderplasschen (Reds). *Sterktes van mensen: Sterktegerichte strategieën voor het ondersteunen van mensen met een psychiatrische problematiek die strafbare feiten pleegden* (pp. 149-168). Maklu.
- Al Shamma, S., van de Dries, L., & Wolf, J. (2013). *CTI na detentie. Onderzoek naar Critical Time Intervention bij ex-gedeteneerden*. Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboud UMC.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
<https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Barnao, M., Robertson, P. & Ward, T. (2010). Good Lives Model Applied to a Forensic Population, *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 202-217. <https://doi.org/10.1080/13218710903421274>
- Bierbooms, J., Barendregt, C., Martinelli, T., Lorenz, K., Dijkslag, D., & Van Bokkem, S. (2017). *Ervaringsdeskundigheid in de forensische GGZ*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Björkdahl, A., Palmstierna, T., & Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(6), 510-518. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x>
- Boevink, W. (2017). *HEE. Over herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid in de psychiatrie*. (Dissertatie). Trimbos Instituut.
- Bootsma, M., van den Berg, M., & Spreen, M. (2017). *De rol van het persoonlijk sociale netwerk in de Forensische Psychiatrie*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2023). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.
- Canacott, L., Moghaddam, N., & Tickle, A. (2019). Is the Wellness Recovery Action Plan (WRAP) efficacious for improving personal and clinical recovery outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(4), 372-381. <https://doi.org/10.1037/prj0000368>
- Chen, S.-P., Chang, W.-P., Fleet, B., Rai, S., Panteluk, S., Choy, A. & Hunter, D. (2022). Is a Forensic Cohabitation Program Recovery-Oriented? A Logic Model Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 9. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010009>
- Clercx, M., Keulen-de Vos, M., Nijman, H. W., Didden, R., & Nijman, H. (2021). 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.
<https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1847569>
- Clayton, A., O'Connell, M. J., Bellamy, C., Benedict, P., & Rowe, M. (2013). The citizenship project part II: Impact of a citizenship intervention on clinical and community outcomes for persons with mental illness and criminal justice involvement. *American Journal of Community Psychology*, 51(1-2), 114-122. <https://doi.org/10.1007/s10464-012-9549-z>
- Corlett, H., & Miles, H. (2010). An evaluation of the implementation of the recovery philosophy in a secure forensic service. *British Journal of Forensic Practice*, 12(4), 14-25.
<https://doi.org/10.5042/bjfp.2010.0611>
- De Vries Robbé, M., Vogel, V. de, & Stam, J. (2012). Protective factors for violence risk: Assessment with the SAPROF. *Psychology*, 3(12), 1259-1263.
<http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.312A187>
- De Vries Robbé, M., de Vogel, V., & Veldhuizen, A. (2020). The structured assessment of protective factors for violence risk (SAPROF). In: Douglas, K. S., & Otto, R. K. (Eds.). *Handbook of violence risk assessment* (pp.410-437). Routledge.
- De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2012). *SAPROF: Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk* (2nd ed.). Van Der Hoeven Stichting.
- De Wit, I., & van der Helm, P. (2021). *Eindrapport Omgaan met de spagaat van krachtgericht werken met forensische cliënten binnen de opvang*. Kwaliteit Forensische Zorg.

- Doyle, P., Quayle, E., & Newman, E. (2017). Social climate in forensic mental health settings: A systematic review of qualitative studies. *Aggression and Violent Behavior*, 36, 118-136. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.06.008>
- Driessens, K., Hugues-Olivier, H., Fransen, A., Belleflamme, C., Chaidron, A., Depauw, J. & Darquenne, R. (2012). *Actie-onderzoek naar de integrerende en activerende mogelijkheden van voedselbedeling door het actief betrekken van gebruikers*. POD Maatschappelijke integratie.
- EFP, Pompestichting en Frontfoot. (2020). *Handreiking voor relationele veiligheid 'See Think Act'*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Fletcher, A., Crowe, M., Manuel, J., & Foulds, J. (2021). Comparison of patients' and staff's perspectives on the causes of violence and aggression in psychiatric inpatient settings: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(5), 924-939. <https://doi.org/10.1111/jpm.12758>
- Fluttert, F. A., Van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1529-1537. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x>
- Gadon, L., Johnstone, L., & Cooke, D. (2006). Situational variables and institutional violence: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 515-534. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.02.002>
- GGZ Standaard Ervaringsdeskundigheid (16 juni 2022). <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/ervaringsdeskundigheid/introductie>. Geraadpleegd op: 20 november 2023.
- GGZ standaarden Herstelondersteuning (14 november 2017). Geraadpleegd op: 20 november 2023. <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/herstelondersteuning/organisatie-van-herstelondersteuning/betrokken-zorgverleners>
- Hamann, J., & Heres, S. (2019). Why and How Family Caregivers Should Participate in Shared Decision Making in Mental Health. *Psychiatric Services*, 70(5), 418-21. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800362>
- Hardy, S. C., Alves-Costa, F., & Robinson, G. (2023). Peer Support-Led Interventions in Forensic Settings: Listening to Service Users and Peer Support worker' Perceptions and Experiences. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 24(5), 771-793. <https://doi.org/10.1080/24732850.2023.2251446>
- Hendriksen-Favier, A., Nijmens, K., & van Rooijen, S. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Trimbos Instituut.
- Hohashi, N., & Yi, Q. (2025). The Effectiveness of Family Group Conferencing and the Challenges to Its Implementation: A Scoping Review. *Nursing Reports*, 15(4), 122. <https://doi.org/10.3390/nursrep15040122>
- Huber, M. A. (2011). *Clïëntparticipatie en de professional/ The organization of social work in homeless care and its influence on client participation*. UvA: masterscriptie.
- Jarrett, M., Thornicroft, G., Forrester, A., Harty, M., Senior, J., King, C., Huckle, S., Parrot, J., Dunn, G., & Shaw, J. (2012). Continuity of care for recently released prisoners with mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21, 187-193. <https://doi.org/10.1017/S2045796011000783>
- Korevaar, E. L., & Dröes, J. (2016). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Coutinho.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Lennox, C., Stevenson, C., Edge, D., Hopkins, G., Thornicroft, G., Susser, E., Conover, S., Herman, D., Senior, J. & Shaw, J. (2020). Critical Time Intervention: a qualitative study of the perspectives of prisoners and staff. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(1), 76-89. <https://doi.org/10.1080/14789949.2019.1665699>
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., Lapsley, S., Calderwood, C., & Brink, J. (2013). Supporting recovery by improving patiënt engagement in a forensic mental health hospital: Results from a demonstration project. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 132-145. <https://doi.org/10.1177/1078390313489730>

- Markham, S. (2022). See think act: the need to rethink and refocus on relational security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 33(2), 200-230. <https://doi.org/10.1080/14789949.2022.2044068>
- McClellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., McGrahan, P., & O'Brien, C. P. (1985). New data from the addiction severity index: Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423. <https://doi.org/10.1097/00005053-198507000-00005>
- Merkt, H., Haesen, S., Eytan, A., Habermeyer, E., Aebi, M. F., Elger, B., & Wangmo, T. (2021). Forensic mental health professionals' perceptions of their dual loyalty conflict: findings from a qualitative study. *BMC Medical Ethics*, 22, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00688-2>
- Mezey, G. C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21(5), 683-696. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.489953>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering*. Ekklesia.
- Møllerhøj, J. (2021). Offender Recovery. Forensic Patient Perspectives on Long-Term Personal Recovery Processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(12), 6260. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126260>
- Noom, S., & van de Berg, J. W. (2019). Het Good Lives Model als start van de behandeling van zedendelinquenten. Een praktische toepassing. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 43(1), 23-30.
- Noom, S., Van den Berg, J. W., & Breij, M. (2021). Risico-versus herstelgericht werken met delinquenten: duivels dilemma of verrijking van de behandeling? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 51, 350-357.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812. <https://doi.org/10.2466/pr0.1962.10.3.799>
- Perrin, C., Blagden, N., Winder, B., & Dillon, G. (2018). "It's sort of reaffirmed to me that I'm not a monster, I'm not a terrible person": Sex offenders' movements toward desistance via peer-support roles in prison. *Sexual Abuse*, 30(7), 759-780. <https://doi.org/10.1177/1079063217697133>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health and mental health services research*, 38, 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Quinn, J., Cook, A. & Leeuwierik, T. (2023) Exploring the Experience of a Strengths-Based Approach within a Forensic Service, *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 23(2), 136-153. <https://doi.org/10.1080/24732850.2021.2016117>
- Rapp, C. A. & Goscha, R. J. (2012). *The Strengths Model. A recovery-oriented approach to mental health services*. Oxford University Press.
- Reddington, G. (2017). The case for positive risk-taking to promote recovery. *Mental Health Practice*, 20(7) 29-32. <https://doi.org/10.7748/mhp.2017.e1183>
- Rowaert, S., Vandevelde, S., Audenaert, K., & Lemmens, G. (2018). Family support groups for family members of mentally ill offenders: a pilot study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 29(5), 762-773. <https://doi.org/10.1177/0306624X18780943>
- Senneseth, M., Pollak, C., Urheim, R., Logan, C., & Palmstierna, T. (2022). Personal recovery and its challenges in forensic mental health: systematic review and thematic synthesis of the qualitative literature. *BJPsych Open*, 8(1), 1- 15. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1068>
- Skeem, J., & Manchak, S. (2008). Back to the future. From Klockars' model of effective supervision to evidence-based practice in probation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(3), 220-247. <https://doi.org/10.1080/10509670802134069>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., ... & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., ... & Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult

mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 503-514. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00086-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3)

Sunthararajah, S., Clarke, K., Razzaque, R., Chmielowska, M., Brandrett, B., & Pilling, S. (2022). Exploring patients' experience of peer-supported open dialogue and standard care following a mental health crisis: qualitative 3-month follow-up study. *BJPsych Open*, 8(4), e139. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.542>

Swildens, W., van Busschbach, J. T., Michon, H., Kroon, H., Koeter, M. W., Wiersma, D., & van Os, J. (2011). Effectively working on rehabilitation goals: 24-month outcome of a randomized controlled trial of the Boston psychiatric rehabilitation approach, *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12), 751-760. <https://doi.org/10.1177/070674371105601207>

van der Stel J. (2013). Innovatie rond herstel. Verslaving, 9(4), 5-18. <https://doi.org/10.1007/s12501-013-0032-9>

Van Duyvenbode, N., Klein Snakenborg J., de Haan, H., Roeleveld, E., Nieuwold, M. & van der Nagel, J. (2021) *Seeking Safety. Addendum bij Seeking Safety voor de toepassing bij mensen met een lichte verstandelijke beperking*. Kwaliteit Forensische Zorg.

Van Gestel-Timmermans, H., Place, C., van Vugt, M., van Rooijen, S., & van Nieuwenhuizen, C. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen*. Kwaliteit Forensische Zorg.

Walde, P., Hadala, J., Peipe, V., & Völm, B. A. (2023). Implementation of a peer support worker in a forensic psychiatric hospital in Germany—Views of patients. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1061106. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1061106>

Walravens, T., Bierbooms, J., & Ter Horst, P. (2019). Recovery and strength-based practice in long-term forensic psychiatry. In: Völm, B., Braun, P. *Long-Term Forensic Psychiatric Care: Clinical, Ethical and Legal Challenges* (pp. 81-102). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-12594-3_7

Wanaker, K. A., Jones, N. J., & Brown, S. L. (2018). Strengths-based assessments for use with forensic populations: A critical review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(2), 202-221. <https://doi.org/10.1080/14999013.2018.1451414>

Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and violent behavior*, 12(1), 87-107. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.004>

Ward, T. (2012). The good lives model of offender rehabilitation: Basic assumptions, aetiological commitments, and practice implications. In: McNeill, F., Raynor, P. & Trotter, C. (Eds.). *Offender Supervision* (pp. 41-64). Routledge.

Webster, C. D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. L. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery* (Version 1.1). St. Joseph's Healthcare Hamilton.

Wilkens, J. P., & den Hollander, D. (2019). *Handboek Steunend Relationeel Handelen*. SWP.

Wolf, J. & Jonker, I. (13 augustus 2021). *Krachtwerk Methodisch werken aan participatie en zelfregie. Interventiebeschrijving*. Geraadpleegd op: 8 januari 2024. <https://www.movisie.nl/interventie/krachtwerk>

Bijlagen

Bijlage 1 Achtergrond van de respondenten

Rol professional	Locatie
Verpleegkundige in opleiding tot specialist, ervaring bij forensisch fact-team	Ambulante forensische zorgorganisatie 1
Hoofd behandelaar / Verpleegkundig specialist GGZ	FPC 1
Regiebehandelaar	FPC 2
Regiebehandelaar	FPC 2
Trainer herstel- en krachtgericht werken	FPC 3
Forensisch maatschappelijk werker	Ambulante forensische zorgorganisatie 2
Forensisch maatschappelijk werker	Ambulante forensische zorgorganisatie 2
Behandelaar/psycholoog	Klinische forensische verslavingszorg 1
Behandelcoördinator	PPC 1
Ervaringsdeskundige	PPC 1
Behandelaar/klinisch psycholoog	Klinische forensische verslavingszorg 1

Kenmerken patiënt/cliënt	Locatie
Man, zedendelict	PPC, hoogste beveiligingsniveau, zedenafdeling
Man	Klinische forensische verslavingszorg
Man	Ambulante forensische zorg
Man, geweldsdelict	PPC, hoogste beveiligingsniveau, LVB-afdeling
Man, zedendelict	Ambulante forensische zorg
Man, brandstichting, in preventieve hechtenis	PPC, hoogste beveiligingsniveau, high care afdeling
Vrouw	FPA, langdurige klinische forensische zorg
Man	FPA, langdurige klinische forensische zorg
Man	FPA, langdurige klinische forensische zorg

Bijlage 2 Topiclijsten

Interview forensische zorgprofessionals

- Voorstellen
- Uitleg onderzoek: *In opdracht van KFZ doen we onderzoek naar herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg. Met herstel bedoelen we: het vermogen van patiënten/cliënten om regie te voeren over hun eigen leven in het licht van de beperkingen die zij hebben. Het gaat daarbij niet alleen om het verminderen van ziekteverschijnselen (klinisch herstel), maar vooral over het vergroten van hoop, autonomie en zelfvertrouwen (persoonlijk herstel) en het verbeteren van de sociale positie (maatschappelijk herstel). Krachtgericht werken helpt bij het focussen op de krachten en mogelijkheden van cliënten. Vaak gaan kracht- en herstelgericht werken hand in hand. In de forensische zorg is kracht- en herstelgericht werken niet vanzelfsprekend. In dit project onderzoeken we daarom hoe er in de forensische zorg aan herstel- en krachtgericht wordt gewerkt. Ook gaan we een handreiking ontwikkelen met tips om herstelgericht werken in de forensische zorg te bevorderen.*
- Checken informed consent
- Starten audio-opname

1. Algemeen: herstelvisie (onderzoeksvraag 1)

- Worden de termen kracht- en herstelgericht werken in uw organisatie gebruikt?
- Hoe bekend bent u zelf met deze termen?
- Wat is volgens u herstel- en krachtgericht werken?
 - o checken of antwoord representatief is voor hoe binnen team of organisatie over herstel wordt gedacht
- Heeft u een concreet voorbeeld van herstel- en krachtgericht werken?

2. Hoe wordt kracht- en herstelgericht werken vormgegeven? (onderzoeksvraag 2)

- Hoe speelt kracht- en herstelgericht werken een rol in uw dagelijks werk?
 - o Op welke manier is er aandacht voor de krachten en mogelijkheden van cliënten?
 - o Kunt u een voorbeeld geven van een situatie waarin een attitude van gelijkwaardigheid, hoop en optimisme naar voren komt?
 - o Op wat voor manier is er aandacht voor identiteitsontwikkeling in de behandeling?
 - o Hoe worden cliënten uitgenodigd meer regie te nemen over hun eigen leven? (hoe wordt gewerkt aan het vergroten van hun autonomie?)
Hoe wordt het netwerk van de cliënt betrokken bij de behandeling?
 - Op welke manier is hierin aandacht voor krachten van de cliënt?
- Kunt u toelichten welke rol ervaringsdeskundigen hebben in uw organisatie bij herstel? (onderzoeksvraag 6)
- INDIEN NOG NIET AAN DE ORDE GEKOMEN: Wordt er binnen uw organisatie volgens een bepaalde herstel- of krachtgerichte methodiek of interventie gewerkt?
 - o Eventueel voorbeelden noemen: Herstellen doe je zelf, WRAP, deelname aan zelfhulpgroepen, deelname aan herstelacademie, positief levensplan maken, groepsbehandeling grip op je leven [LET OP: HOUD DIT BEKNOPT]

3. Spanningsveld (onderzoeksvraag 3)

De focus op hoop en krachten enerzijds, en op risico's en beperkingen anderzijds, kan worden ervaren als een spagaat.

- Herkent u dit spanningsveld?
 - o Wat doet u om de focus op hoop en krachten te integreren met aandacht voor risico's en beperkingen?
 - Kunt u een concreet voorbeeld geven?

- Op welke momenten / in welke situaties is het moeilijk om krachtgericht te werken met cliënten?
- Hoe integreert u de focus op hoop en krachten met het waarborgen van de veiligheid van cliënten?
 - Wanneer is dat moeilijk?
- Wat is er mogelijk op gebied van herstel- en krachtgericht werken als cliënten niet willen meewerken? En hoe waarborgt u dan de veiligheid van cliënten?
- Wat heeft u nodig om herstel- en krachtgericht te kunnen werken?
 - van de organisatie
 - als professional aan vaardigheden
 - mogelijkheden binnen cliënt

4. Dossierbespreking (onderzoeksvraag 4)

Als het goed is, heeft u ter voorbereiding 2 recente behandelplannen, begeleidingsplannen of signaleringsplannen doorgenomen.

- Kunt u aangeven hoe herstel- en krachtgericht werken volgens u een plek heeft in deze plannen?
- Zijn de geformuleerde doelen gebaseerd op de krachten (dus mogelijkheden, kwaliteiten, betekenisvolle rollen) van de patiënt/cliënt? En ook op het benutten en versterken daarvan?
 - Waar blijkt dit uit? (bij voorkeur voorbeeld geven)

Tips voor handreiking

- Waar moet een handreiking herstel- en krachtgericht werken volgens u in ieder geval aandacht aan besteden? / Wat zou u zelf graag in een handreiking terug willen zien?
- Heeft u nog tips of adviezen voor ons?

Afsluiting & bedanken

- Heeft u tot slot nog iets toe te voegen?
- Respondenten informeren over het vervolg: We gaan op basis van de bevindingen uit de interviews in 2024 een handreiking maken met tips voor professionals. De handreiking is begin 2025 gereed.
- Het gespreksverslag wordt ter goedkeuring aan u voorgelegd.

Interview patiënten/cliënten

- Voorstellen

- Uitleg onderzoek: *We zijn bezig met onderzoek naar herstelgericht werken in de forensische zorg. Met herstel bedoelen we dat je leert omgaan met je kwetsbaarheden, je mogelijkheden gaat zien en de baas wordt over je eigen leven. Met als doel weer de baas te worden over je leven. Herstel is dus niet hetzelfde als beter worden. Herstel is altijd mogelijk voor iedereen. In dit onderzoek proberen we er achter te komen hoe in de forensische zorg aan herstel wordt gewerkt. Ook geven we tips aan behandelaren om hier meer aandacht voor te hebben.*

- Informed consent

- Starten audio-opname

Begeleiding gebaseerd op eigen kracht

1. Hebben uw begeleiders aandacht voor de dingen waar u goed in bent en die belangrijk voor u zijn [mogelijkheden en krachten]?
 - a. Zo ja, op welke manier? Wordt er gericht naar gevraagd?
2. Weet u wat er in uw behandelingsplan staat?
3. Wordt er bij het opstellen van uw behandeldoelen rekening gehouden met waar u goed in bent en wat belangrijk voor u is? Zo ja, hoe?
Beschouwt u uw behandelingsplan als uw 'eigen plan'?
4. Kunt u de activiteiten en therapieën volgen die u belangrijk vindt?

Hoop

5. Geven uw begeleiders u hoop voor de toekomst?
 - a. Zo ja, hoe doen ze dat? Kunt u hier een voorbeeld van geven?

Identiteit

6. Geven uw begeleiders u het idee dat u ertoe doet?
 - a. Zo ja, hoe doen ze dat? Kunt u hier een voorbeeld van geven?

Autonomie

7. Mag u veel dingen zelf beslissen? Doorvragen:
 - a. Leefomgeving
 - b. Huisregels
 - c. Dagelijkse bezigheden
 - d. Financiën
8. Hoe bereiden uw begeleiders u erop voor dat u in de toekomst meer vrijheid krijgt en meer zelf mag beslissen? Kunt u een voorbeeld geven?
9. Zijn er op advies van cliënten dingen veranderd in de kliniek? Voorbeelden?

Veiligheid

10. Wanneer het niet goed met u gaat, hoe zorgen begeleiders dan dat u zich weer goed gaat voelen?
11. Weten uw begeleiders het wanneer u zich onveilig voelt?
12. Hoe zorgen begeleiders ervoor dat u zich (weer) veilig voelt?
13. Wat doen begeleiders voor een goede sfeer in de groep?
 - a. En voor de veiligheid?
14. Welke rol heeft u of uw medecliënten hierin?

Maatschappelijk herstel

15. Hoe wordt uw sociale netwerk, dus uw familie, vrienden en andere mensen die u kent, betrokken bij uw behandeling?
 - o Wat voor hulp krijgt u bij het opbouwen en onderhouden van de relaties met uw familie en vrienden?
 - o Kunt u een voorbeeld geven hoe uw begeleiders u hierbij helpen?

16. Wat voor hulp krijgt u bij het opbouwen van uw leven in het algemeen, zoals het ondernemen van activiteiten buiten de instelling, werken, of het volgen van een opleiding?

Tips voor handreiking

17. Wat moet er volgens u in een handreiking over herstel- en krachtgericht werken komen? Heeft u nog tips voor ons?

Afsluiting

Het verslag van dit gesprek wordt ter goedkeuring aan u voorgelegd.

Bedankt voor uw medewerking

Bijlage 3 Instructie interview behandelaren

Duur:

Het gesprek duurt ongeveer een uur. Als het mogelijk is, is het wel handig om voor de zekerheid wat uitlooptermogelijkheid te hebben.

Locatie:

Voor ons is beeldbellen handig. Als dat voor de behandelaar niet handig is komen we op locatie.

Onderwerp:

Het gesprek gaat over herstel- en krachtgericht werken in de forensische zorg. Met herstel bedoelen we: het vermogen van cliënten om regie te voeren over hun eigen leven in het licht van de beperkingen die zij hebben. Het gaat daarbij niet alleen om het verminderen van ziekteverschijnselen (klinisch herstel), maar vooral over het vergroten van hoop, autonomie en zelfvertrouwen (persoonlijk herstel) en het verbeteren van de sociale positie (maatschappelijk herstel). Krachtgericht werken gaat over het focussen op de krachten en mogelijkheden van patiënten/cliënten. Dit gaat vaak hand in hand met herstelgericht werken. Op grond van de bevindingen uit de interviews met behandelaren en cliënten ontwikkelen we een handreiking hierover met tips voor de praktijk.

Voorbereiding:

- We vragen de geïnterviewden een voorbeeld te geven van kracht- en herstelgericht werken. Dat gaat bijvoorbeeld om een situatie waarin bij de behandelaar een attitude van gelijkwaardigheid, hoop en optimisme richting de patiënt/cliënt naar voren komt. Ook vragen we een voorbeeld van wat er mogelijk is om de focus op hoop en krachten te integreren met aandacht voor veiligheid, risico's en beperkingen. Misschien is het fijn om hier van tevoren vast over na te denken.
- Daarnaast vragen we behandelaren om van tevoren twee recente behandel- of begeleidingsplannen door te nemen. Dit kan van volstrekt willekeurig gekozen cliënten zijn. We vragen dan in het gesprek: 1. of en zo ja hoe herstel- en krachtgericht werken in de plannen een plek heeft en 2. of de behandeldoelen gebaseerd zijn op het benutten en versterken van de krachten (dus mogelijkheden, kwaliteiten, betekenisvolle rollen) van de patiënt/cliënt?

Bijlage 4 Overzicht van herstel- en krachtgerichte methoden en interventies

In deze bijlage is een beknopt overzicht van de beschikbare herstel- en krachtgerichte werkwijzen en methodieken weergegeven. Deze werkwijzen en methodieken zijn ondergebracht in volgende rubrieken: werkwijzen in begeleiding/behandeling van patiënten/cliënten, werkwijzen voor ondersteuning van empowerment, vormen van lotgenotencontact en werkwijzen om contact met informeel netwerk te versterken. Het valt buiten de doelstelling van het project om de haalbaarheid en bruikbaarheid van dergelijke interventies in de forensische zorg te evalueren.

Werkwijzen in begeleiding/behandeling/empowerment van patiënten/cliënten

Good Lives Model (GLM)/ Mijn Positief Levensplan

Het Good Lives Model (GLM) is een rehabilitatiemodel dat ervan uitgaat dat mensen van nature streven naar een goed en betekenisvol leven, met basisbehoeften zoals relaties, autonomie en zingeving. Het GLM richt zich op het versterken van vaardigheden en hulpbronnen om deze positieve doelen op een prosociale manier te bereiken. Het idee is dat wanneer iemand een bevredigend en waardevol leven kan opbouwen, de kans op terugval in ongewenst gedrag afneemt. Het benadrukt ook het belang van persoonlijke waarden en het vermijden van schadelijke middelen om deze waarden te bereiken. Een voorbeeld van de praktische toepassing van GLM in de forensische ggz is de module 'Mijn Positief Levensplan', waarin deelnemers zelf nadenken over hun levensdoelen, basisbehoeften, betekenisvolle contacten en risicofactoren. Deze aanpak integreert het RNR-model met GLM en moedigt deelnemers aan om zelf hun doelen te formuleren en plannen te maken (Noom & Van den Berg, 2019).

Beschermende factoren

In het forensische domein worden krachten zoals talenten, hulpbronnen of sociale relaties betiteld als beschermende factoren die terugval in delictgedrag kunnen voorkomen. Bij de risico-inventarisatie worden niet alleen de risicofactoren meegenomen, maar ook de beschermende factoren, zoals het hebben van werk, copingvaardigheden, of een sociaal netwerk. Instrumenten hiervoor zijn bijvoorbeeld de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster et al., 2009) een instrument dat het onder meer het risico op gewelddadig gedrag op korte termijn inschat en hierbij zowel risicofactoren als krachten in kaart brengt. De Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF; De Vogel et al., 2012) is een instrument dat - in aanvulling op een risicotaxatie-instrument - beschermende factoren in kaart brengt. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat de inschatting van beschermende factoren met de SAPROF als aanvulling op risicofactoren van meerwaarde is en onder meer leidt tot betere risico-inschattingen en meer concrete aanbevelingen voor risicomangement (Burghart et al., 2023; De Vries Robbé et al., 2020).

Forensische Assertive Community Treatment (ACT)

Forensische ACT is een zorgorganisatiemodel dat zich onder andere kenmerkt door: hulp op verschillende levensgebieden vanuit één multidisciplinair team, outreachende hulpverlening en continuïteit van zorg (Van Gestel-Timmermans, et al. 2015). Het is ambulant multidisciplinaire zorg en behandeling voor (potentieel) forensische patiënten/cliënten met ernstige As II problematiek. Het doel is risicomangement en sociale inclusie voor deze groep patiënten/cliënten. De hulp wordt geïntensiveerd bij een crisis. Continuïteit wordt geboden door geleidelijke overgang naar de reguliere FACT.

<https://www.f-actnederland.nl/f-act-forensisch/>

Forensische High & Intensive Care (FHIC)

FHIC is een zorgmodel voor de behandeling van forensische patiënten/cliënten die tijdelijk in crisis verkeren. In deze aanpak wordt met een team veel samen met de patiënt/cliënt gewerkt, vanuit de visie dat contact beter is dan controle. Door het opbouwen en behouden van contact is het mogelijk de agressie te verminderen en de veiligheid voor de patiënt/cliënt en de omgeving te behouden. Door systematisch de toestand en eventueel gevaar te monitoren en met intensievere

zorg voortdurend binnen handbereik, kunnen patiënten/cliënten langer toe met ambulante- of minder intensieve- ondersteuning.
<https://www.fhic.nl/over-fhic>

Steunend Relationeel Handelen (SRH)

SRH (voorheen Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen) is een methodiek die patiënten/cliënten ondersteunt in hun herstel- en ontwikkelingsproces, door krachten aan te boren voor herstel van eigen regie en groei, met oog voor kwetsbaarheden en beperkingen. Er wordt op een methodische wijze gewerkt aan het versterken van de mogelijkheden van de cliënt en de kwaliteit van herstelondersteunende omgevingen (sociale en fysiek). De vier kernhandelingen 'verbinden, verstaan, verzekeren (steun bij kwetsbaarheden) en versterken (van mogelijkheden)' staan centraal in het handelen en met de methodische cyclus wordt richting gegeven (Wilken & Den Hollander, 2019).

Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)

De IRB is ontworpen om individuen te ondersteunen bij het herwinnen van controle over hun leven en om hen in staat te stellen te functioneren in de maatschappij ondanks de uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd als gevolg van hun aandoening. De benadering bestaat uit het vaststellen van doelen, ontwikkelen van vaardigheden, langdurige ondersteuning en herstelgerichte benadering. De IRB hanteert een fasemodel dat aangeeft in hoeverre de patiënt/cliënt zijn wensen verwezenlijkt heeft: de fases van verkennen, kiezen, verkrijgen of behouden (Korevaar & Dröes, 2016; Swildens et al., 2011). Het is een interventie met sterke aanwijzingen voor effectiviteit volgens erkenningscommissie langdurige GGZ. <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/ggz-erkende-interventies/individuele-rehabilitatie-benadering/>

Community reinforcement approach (CRA)

Een biopsychosociale gedragstherapeutische benadering die leefstijlverandering beoogt bij mensen met verslavingsgedrag. De benadering is gebaseerd op de aanname dat alcoholafhankelijkheid in stand wordt gehouden door allerlei bekrachtigers die gekoppeld zijn aan het gebruik, terwijl alternatieve bekrachtigers die niet aan gebruik gekoppeld zijn, nagenoeg ontbreken. Het ontwikkelen of tot stand brengen van zulke beloningen - met name op het gebied van sociale activiteiten, zodat abstinentie lonender is dan drinken - is essentieel voor het bereiken en vasthouden van abstinentie (Meyers et al., 2011). Het is een interventie met goede aanwijzingen voor effectiviteit volgens de erkenningscommissie langdurige GGZ. <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/ggz-erkende-interventies/community-reinforcement-approach/>

Active Recovery Triad (ART)

ART is een zorgmodel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen die vastgelopen zijn in hun herstel. Het ART-model heeft drie uitgangspunten: 1) een actieve houding van patiënten/cliënten, hun naasten en professionals, 2) de focus op herstel van patiënten/cliënten en 3) een goede samenwerking in de triade van patiënt/cliënt, naasten en professional. De patiënt/cliënt, de naasten en professionals zijn actief bezig met persoonlijke ontwikkeling, groei en herstel en leren van elkaar. Contact in de triade staat centraal, met focus op krachten en tempo van de patiënt/cliënt, en samen crises opvangen.
<https://art-psy.nl/>

See, Think, Act (STA)

STA is een methode gericht op het vergroten van relationele veiligheid tussen professionals en patiënten/cliënten. Het is een methode om een veilige hoopgevende en herstelondersteunende omgeving te creëren in een forensische instelling, door samenwerken en oog te hebben voor de elementen die een rol spelen in de veiligheid, en door te weten hoe te handelen wanneer iets niet goed gaat.

[Handreiking voor relationele veiligheid 'See Think Act' - EFP](#)

Motiverende gespreksvoering (MGV)

MG is een empathische, patiënt-/cliëntgerichte gespreksbenadering die is ontwikkeld om gedragsverandering te bevorderen door de intrinsieke motivatie van een persoon te verkennen en te versterken. Het is een gespreksstijl om gedragsverandering te bevorderen bij mensen die ambivalent zijn over het maken van veranderingen in hun leven. Het is niet gericht op overtuigen, maar op ontdekken van de wensen en de doelen van een persoon (Miller & Rollnick, 2014).

Shared Decision Making (SDM)

Dit betreft een benadering waarbij patiënten/cliënten samen met professionals beslissingen nemen over behandelingen of begeleiding (Hammann & Heres, 2019). Dit heeft een positieve invloed op therapeutische relaties en behandelresultaten. Door het open op tafel te hebben, is het voor de patiënt/cliënt zelf ook duidelijk hoe hij of zij omgaat met risicovol gedrag en wordt hij of zij niet in de passieve rol geduwd, waarbij de professional beslist of de patiënt/cliënt voldoende pro-sociaal gedrag vertoont. In de forensische GGZ krijgt de patiënt/cliënt met SDM inzicht in risico's en draagt hij of zij bij aan het inschatten en managen van risico's, wat resulteert in minder agressieve incidenten en separaties (Fluttert et al., 2010).

Illness Management and Recovery (IMR)

IMR is een programma dat is ontwikkeld voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het is een herstelgericht programma en wordt meestal gegeven in groepsessies onder leiding van getrainde professionals, waar de deelnemers de kans krijgen om te leren, ervaringen te delen en ondersteuning te ontvangen van mededeelnemers. Door de focus op psycho-educatie, vaardigheidentraining en empowerment, streeft IMR ernaar om individuen te helpen bij het vergroten van hun zelfredzaamheid en het verbeteren van hun kwaliteit van leven terwijl ze omgaan met een ernstige psychische aandoening (Slade et al., 2014). De interventie wordt aangemerkt als goed onderbouwd door de erkenningscommissie Langdurige GGZ. <https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/ggz-erkende-interventies/illness-management-and-recovery>

Seeking Safety

Seeking Safety is een gestructureerde training, gericht op het vergroten van (coping)vaardigheden vanuit een herstelgerichte visie. Het is effectief gebleken voor de behandeling van de combinatie verslaving en traumagerelateerde stoornissen. De module wordt binnen en buiten de (forensische) verslavingszorg als behandelinterventie gebruikt (Van Duyvenbode et al., 2021). Het is een krachtgerichte vorm van werken met mensen met LVB, trauma en verslaving (Van Duyvenbode et al., 2021). In de verslavingszorg wordt binnen enkele forensische klinieken gebruik gemaakt van deze methode. In een groepsgewijze training leren de deelnemers wat veiligheid is en wat veilig gedrag is, waarbij men herkent welk gedrag tot recidive leidt en welk gedrag juist tot het ervaren van veiligheid. <https://www.trajectum.nl/seeking-safety>

Weet wat je kan

'Weet wat je kan, in gesprek over LVB' is een systeemgerichte module psycho-educatie. De module biedt een methode om met de patiënt/cliënt en diens naasten het gesprek aan te gaan over de beperking. De module is ontwikkeld voor de forensische psychiatrie. In 2020 werd de module door de erkenningscommissie Justitiële interventies beoordeeld als 'goed onderbouwd'. <https://www.trajectum.nl/weet-wat-je-kan>

Presentiebenadering

De presentiebenadering is een relationele manier van benaderen waarbij het gaat om aandachtig aanwezig zijn, luisteren en een persoonlijke relatie opbouwen. Zo is het mogelijk om te ontdekken wat de ander echt belangrijk vindt en zorg af te stemmen op hun behoeften. De ander wordt erkend als uniek individu met eigen ervaringen, waarden en behoeften. De zorgverlener is consistent en betrouwbaar in de relatie. Belangrijke waarden zijn menselijke waardigheid, autonomie en verbondenheid in de zorg. <https://www.presentie.nl/>

Vormen van lotgenotencontact

Herstellen doe je Zelf

De methode Herstellen doe je Zelf bestaat uit een cursus van twaalf bijeenkomsten van twee uur, waarin vijf tot maximaal acht patiënten/cliënten in een veilige omgeving onder leiding van twee getrainde ervaringsdeskundige cursusleiders informatie krijgen over, reflecteren op, ervaringen uitwisselen over en oefenen met vaardigheden aangaande thema's die te maken hebben met herstel. Thema's zijn onder andere: persoonlijke ervaringen met herstel, keuzes maken over zorg of dagelijkse problemen, doelen stellen en het krijgen van sociale steun. Belangrijke elementen van de cursus zijn de aanwezigheid van rolmodellen, psycho-educatie en ziektemanagement, leren van elkaars ervaringen, sociale steun en huiswerkopdrachten. In de cursus ontdekken patiënten/cliënten hun eigen kracht en mogelijkheden om van daaruit op eigen wijze en in eigen tempo stappen te zetten op de weg naar herstel. Het betreft soms hele kleine stappen. Het is een interventie met eerste aanwijzingen voor effectiviteit volgens de erkenningscommissie langdurige GGZ.

<https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/ggz-erkende-interventies/herstellen-doe-je-zelf/>

Wellness Recovery Action Plan (WRAP)

WRAP is een praktische methode om aan herstel te werken. Stap voor stap leert de patiënt/cliënt meer grip te krijgen op diens leven. Tijdens de training delen patiënten/cliënten hun ervaringen in de groep, zodat zij elkaar steunen en inspireren. In hun persoonlijke WRAP-werkboek geven zij geleidelijk steeds meer vorm en inhoud aan hun eigen plan. De WRAP-training wordt gegeven door twee personen met WRAP-ervaring, die speciaal opgeleid zijn om deze training te geven (WRAP-facilitators). De methode heeft een positief effect op zelf ervaren herstel. Het heeft geen effect op vermindering van een stoornis (Canacott et al., 2019).

<https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/herstelondersteunende-zorg/hee-herstel-empowerment-en-ervaringsdeskundigheid/wrap/>

Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid (HEE)

HEE (Boevink et al., 2009) betreft een programma dat is opgezet vanuit het perspectief van patiënten/cliënten. Het is een programma dat bestaat uit trainingen die door ervaringsdeskundigen worden gegeven (waaronder de hiervoor genoemde WRAP), herstelwerkgroepen voor patiënten/cliënten, ervaringsdeskundigen leren hun verhaal te vertellen. HEE geeft ook cursussen en studiedagen over herstelgericht werken aan professionals en management.

<https://www.trimbos.nl/kennis/zorg-en-participatie/herstelondersteunende-zorg/hee-herstel-empowerment-en-ervaringsdeskundigheid/activiteiten/>

Herstelacademie

Een herstelacademie is een ontmoetingsplaats en leeromgeving voor herstel van psychische ontwrichting of verslaving. Het is een plek waar mensen vrije ruimte krijgen om te herstellen van hun psychische aandoening. Er is ruimte voor compassie en spiritualiteit, voor emancipatie en destigmatisering. Er zijn cursussen, trainingen, workshops en retreats, voor mensen die willen werken aan hun herstel. Geloven in herstellend vermogen van mensen staat centraal. Het wordt gerund door ervaringsgenoten. Er zijn meerdere herstelacademies in Nederland, bijvoorbeeld [Enik Recovery College](#) [FAMEUS](#), [Haarlem en Meer](#), [Herstelwerkplaatsen](#).

Peer-Supported Open Dialogue (POD)

POD is een benadering in de geestelijke gezondheidszorg die is ontstaan in Finland en zich richt op een dialooggestuurde, herstelgerichte benadering van het behandelen van psychische crises en problemen. Het is gebaseerd op de principes van Open Dialogue, waarbij het netwerk van de persoon met de psychische problemen centraal staat. De Open Dialoog houdt onder andere in een therapeutische conversatie waarin het netwerk de professionals en de patiënt/cliënt samenwerken (Sunthararajah et al., 2022).

<https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/peer-supported-open-dialogue/>

Credible Messengers

Credible Messengers verwijst naar mensen die ervaringsdeskundig zijn en zich succesvol hebben hersteld of zijn veranderd. Ze genieten vertrouwen en respect, ze zijn een mentor of coach en bieden ondersteuning. Door hun geloofwaardigheid kunnen ze een brug slaan tussen professionals en individuen die hulp nodig hebben, waardoor de betrokkenheid en motivatie voor verandering worden vergroot. Het is een netwerk dat vooral op straat werkt. Ze bieden een luisterend oor en

verwijzen indien nodig naar betrokken hulpverleners. Ze werken samen met jongeren aan een positief plan voor de toekomst door talenten aan te boren.
<https://crediblemessengers.nl/>

Werkwijzen om contact met eigen sociaal netwerk te versterken

Familie peer support

Belangrijke componenten van een effectieve familie-interventie zijn sociale ondersteuning, scholing over ziekte en behandeling, ondersteuning bij crisis en oplossingsgerichte training. Onderzoek laat zien dat deze interventie de psychosociale conditie van patiënten verbetert (Van Gestel-Timmermans, 2015). In het forensische domein is er inmiddels enige ondersteuning voor deze herstelgerichte interventie (Rowaert et al., 2018).

Critical Time Intervention (CTI)

CTI wordt ingezet bij overgangssituaties, zoals van detentie naar het leven buiten de gevangenis. Het biedt intensieve begeleiding om de kloof tussen detentie en terugkeer naar de maatschappij te overbruggen door praktische en emotionele ondersteuning te bieden en netwerken van steun op te bouwen. Vanaf het begin wordt het contact met de patiënt/cliënt aangegaan voor een beperkte tijdsperiode. In drie in tijd afgebakende fasen wordt op een specifiek aantal leefgebieden gewerkt aan de doelen van de patiënt/cliënt (Al Shamma et al., 2013). De eerste fase is bedoeld voor de relatieopbouw en het in kaart brengen van risico- en beschermende factoren en, indien nodig, het opbouwen van steunsystemen. De tweede fase richt zich op het versterken van het probleemoplossende vermogen van de patiënt/cliënt en het versterken van de sociale en professionele steunsystemen. In de laatste fase wordt de zorg en begeleiding van de patiënt/cliënt overgedragen aan de formele en informele steunsystemen, waarna het CTI-traject wordt beëindigd (Jarrett et al., 2012; Lennox et al., 2020).

<https://psychiatrieweb.nl/pw.cti/index.html>

Eigen kracht conferenties

Een Eigen Kracht-conferentie is een gestructureerde bijeenkomst waarbij familieleden, vrienden en andere betrokkenen samenkomen om te bespreken hoe ze gezamenlijk de situatie van een persoon kunnen verbeteren. Het doel is om de eigen kracht en hulpbronnen van de betrokkene te mobiliseren en samen een plan te maken voor ondersteuning, bijvoorbeeld bij problemen zoals huiselijk geweld, verslaving of jeugdzorg. Tijdens de conferentie worden ideeën, zorgen en oplossingen gedeeld, en wordt er een actieplan opgesteld om de persoon te helpen. De effectiviteit hangt af van de interactie tussen de hoofdrolspeler en diens sociale netwerk (Hohashi & Yi, 2025).

<https://www.eigen-kracht.nl/>