

De werkzame elementen van forensische sociotherapie

Een literatuurstudie

Petra Schaftenaar

Colofon

Auteur: Petra Schaftenaar
Zorginnovator & onderzoeker Inforsa (onderdeel van Arkin)
Amsterdam

Contact: petra.schaftenaar@inforsa.nl

Opdrachtgever: programmacommissie Kwaliteit Forensische Zorg

Datum: december 2014 / juni 2015

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



Inhoudsopgave

WOORD VOORAF	4
1. INLEIDING	6
1.1. AANLEIDING EN ACHTERGROND	6
1.2. PROBLEEMSTELLING, VRAAGSTELLING, DOELSTELLING	6
1.3. OPBOUW VAN DIT RAPPORT	7
2. METHODE	8
2.1. LITERATUUR.....	8
2.2. EXPERTMEETING	8
3. UITGANGSPUNTEN EN DEFINITIE	10
3.1. INLEIDING.....	10
3.2. WAT IS SOCIOTHERAPIE?	10
4. WERKZAME ELEMENTEN	12
4.1. WERKZAME ELEMENTEN I – DE THERAPEUTISCHE RELATIE.....	12
4.2. WERKZAME ELEMENTEN II – AFDELINGSKENMERKEN	14
4.3. WERKZAME ELEMENTEN III – DAGBESTEDING	15
4.4. WERKZAME ELEMENTEN IV – HET BELANG VAN HERSTELCONCEPTEN	15
5. SPECIFIEKE INTERVENTIES EN MODELLEN	17
5.1. ALGEMENE FORENSISCHE BEHANDELMODELLEN	17
5.2. (FORENSISCHE) SOCIOTHERAPEUTISCHE BEHANDELMODELLEN	18
6. SOCIOTHERAPIE BIJ DIVERSE PATIËNTPOPULATIES	19
6.1. SOCIOTHERAPIE EN PSYCHOTISCHE STOORNISSEN	19
6.2. SOCIOTHERAPIE EN PERSOONLIJKHEIDSTOORNISSEN	19
6.3. SOCIOTHERAPIE EN DE BEHANDELING VAN PSYCHOPATHIE	20
6.4. SOCIOTHERAPIE EN LVB	20
6.5. SOCIOTHERAPIE EN AUTISMESPECTRUMSTOORNISSEN	20
6.6. SOCIOTHERAPIE EN ZEDENDADERS	21
7. DE BETEKENIS VAN DE FORENSISCHE CONTEXT VOOR DE ROL, VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE VAN DE SOCIOTHERAPEUT	22
7.1. DE FORENSISCHE CONTEXT	22
7.2. DE ROL VAN DE FORENSISCHE SOCIOTHERAPEUT	22
7.3. DE BETEKENIS VAN DE ROL VOOR KENNIS, VAARDIGHEDEN EN ATTITUDE	23
7.4. FORENSISCHE STANDAARDEN VOOR SOCIOTHERAPEUTEN.....	24
7.5. TOT SLOT: KUNNEN WE UIT DE LITERATUUR IETS CONCLUDEREN OVER 'DE IDEALE ROL'?	25
8. ORGANISATORISCHE VOORWAARDEN.....	26
9. CONCLUSIE EN BEPERKINGEN.....	28
9.1. CONCLUSIE.....	28
9.2. BEPERKINGEN VAN DEZE STUDIE	28
10. AANBEVELINGEN AAN KFZ VOOR VERVOLG.....	30
REFERENTIES.....	32

Woord vooraf

Sociotherapie. Dat gaat over groepen. Over '24/7'. Over 'er zijn'. Dat gaat over onderlinge relaties, dat gaat over behandeldoelen bereiken middels of met behulp van anderen. Dat gaat over alle factoren (bijvoorbeeld mensen, omgeving, communicatie, visie) die daar aan bijdragen. Dat gaat over sociale relaties en interactie. Dat gaat over samen. Zie hier het startpunt van dit onderzoek.

Gedurende dit (literatuur)onderzoek bracht de onderzoeksvraag naar de werkzame elementen van (forensische) sociotherapie een zich nadrukkelijk op de voorgrond posterende kwestie – of misschien wel inzicht – met zich mee. Namelijk: waarom is het antwoord op die vraag zo moeilijk te vinden? Is het wel gegeven of te geven?

Bestudering van de actuele literatuur op dit gebied leert dat men de afgelopen vijftien jaar het antwoord vooral wil(de) vinden door aansluiting te zoeken bij het wetenschappelijke vertoog van dit moment: effectmetingen, resultaten, meetbaarheid en maakbaarheid. Uit de meer dan duizend pagina's wetenschappelijke publicaties die voor dit onderzoek bestudeerd zijn, klinkt met betrekking tot sociotherapie de teneur van 'in kaart brengen', 'specialisatie', 'bijzonder werk', 'richtlijnen' en 'protocollen'.

In die ruim duizend pagina's 'effectgerelateerde' publicaties valt de publicatie van Gildberg *et al.* (2012) op. Deze gaat namelijk over '*reconstructing normality*', een invalshoek die verder nergens wordt gekozen. Zij biedt daarmee een ander soort van taal, ook al wordt met deze term (ook) bedoeld dat men de patiënt kan 'leren normaal te doen' en daarmee draagt zij dus ook weer iets 'maakbaars' in zich ("*the intention is to support and teach the patient normal behaviour by correcting (...)*") p.103). Toch komt Gildberg met de keuze voor het woord '*normality*' het dichtst bij wat lijkt te zijn verdwenen uit – of niet aan de orde komt in – de rapportages, verslagen, geschriften, onderzoeken en boeken over sociotherapie¹: het normale, sociale, humane aspect van het 'tot elkaar veroordeeld zijn'. Samen te leven met alles wat daar 'gewoon bij hoort'...

Meer dan vijftig jaar geleden, in 1963, schreef psychiater Piet Jongerius zijn handboek 'sociotherapie in de psychiatrische kliniek'². Dit werk, dat de ondertitel 'een systematisch geïntegreerde toepassing' kreeg, verscheen als deel 24 in de reeks 'elementen voor de kennis der volksgezondheid'. Al in zijn eerste hoofdstuk schrijft hij over de resultaten van sociotherapie.

"Als we deze zouden willen vaststellen, als wij dus zouden willen weten wat voor aandeel dit ingrijpen in het genezingsproces heeft gehad, dan staan we voor een vraag, die in principe onoplosbaar is." (p.11)

Vervolgens concludeert hij:

"Als we de som opmaken van datgene, wat we over de sociotherapie kunnen zeggen als we deze bezien als een geneeswijze, dan komen wij tot de vrij negatieve uitkomst, dat we eigenlijk niet anders kunnen bieden dan onze theorieën. Onze indicatiestelling en de beoordeling van de resultaten zijn te zeer verweven met deze theorieën om objectief wetenschappelijke waarde te hebben. Enkele beginselen zijn er echter hier al aan te geven, die de bestudering van sociotherapie kunnen bevorderen n.l.:

¹NB: Op deze manier wil ik de sfeer en strekking beschrijven van de bestudeerde literatuur.

²Nico van Tol leende mij zijn inmiddels antiquarisch exemplaar ten behoeve van deze studie. Deze waardevolle bron was anders niet beschikbaar gekomen.

1. *Het is van belang om onderscheid te maken tussen algemeen sociale en humane maatregelen en een speciale doelgerichte sociotherapeutische aanpak.*
2. *Wat betreft deze aanpak zal men zich moeten richten op het individu. Voortdurend dient men zich af te vragen: Wat heeft deze patiënt nodig in deze fase van zijn ziekte? Op welk niveau van menselijke relatie bevindt hij zich? Waar kan ik hem ontmoeten?*
3. *Het is nodig om de hoofdelementen waaruit sociotherapie bestaat te kennen en aan zijn visie getoetst te hebben.*
4. *Men dient op de hoogte te zijn van de psychologie van de 'interpersonal relations'. (...)" (p.11-12)*

Misschien was Jongerius zijn tijd wel ver vooruit, maar wat we van hem weten is dat hij zijn werk baseerde op zijn ervaringen als sociotherapeut en eindverantwoordelijke voor respectievelijk de 'Jelgersmakliniek (Oegstgeest) en Neurose Sanatorium 'De Viersprong' (Halsteren).

Alhoewel de wetenschap de afgelopen vijftig jaar niet stil is blijven staan, is het maar zeer de vraag of de sociotherapie hiervan (voldoende) heeft kunnen profiteren. Nog steeds zoeken wij het antwoord op de vraag 'wat werkt nu eigenlijk?'. Ondanks de opzetten, modellen en (pogingen tot) kwantificeerbaarheid, weten we het nog steeds niet (precies).

Sociotherapie is misschien wel 'normaal doen in een abnormale situatie'³. Dat zei Jongerius, weliswaar met andere woorden⁴, ruim vijftig jaar geleden eigenlijk ook al. In de tussentijd lijkt er zowel alles gebeurd, als niets gebeurd. Dit onderzoek levert daar in zekere zin ook een bijdrage aan. Het brengt wel degelijk (op beperkte schaal, want met beperkte mogelijkheden en middelen tot stand gekomen) in kaart welke aanknopingspunten er zijn om aan te sluiten bij werkzame elementen. Maar het gaat daarmee ook verder, of beter, sluit aan bij de dominante taal van dit moment. Van interventies, van effectiviteitsstudies, van 'meten is weten'. Het is de vraag of het vak (forensische) sociotherapie alleen langs deze denklijn vooruit zal komen. Want dat is de afgelopen vijftig jaar eigenlijk ook niet (goed) gelukt.

Er zijn echter wel degelijk elementen die beter werken dan andere. Die elementen kunnen het vak van sociotherapie verder helpen. Daar wordt de patiënt in theorie beter van, zonder dat dit per se duidelijke, of harde uitkomstmaten oplevert. Daarover gaat deze literatuurstudie, met de nadrukkelijke toevoeging vooraf dat we niet kunnen of mogen uitsluiten wat we niet tegenkomen in de literatuur, simpelweg omdat we dat niet lezen. Ja, sommige dingen kunnen we meten. En dan weten we het. Maar omdat we hier te maken hebben met mensenwerk, wat tot stand komt in de interactie tussen twee (of meer!) unieke wezens, kan de 'meet- en maakbaarheid' niet als enige referentiepunt genomen worden in deze studie (en in dit vak).

Petra Schaftenaar, december 2014/juni 2015

³Deze oneliner leen ik van Nico van Tol, uitgesproken in de expertmeeting van dit onderzoek.

⁴Namelijk door te stellen dat er eerst 'algemene sociale en humane maatregelen zijn' en daarop een doelgerichte aanpak, die 'slechts' in de ontmoeting met het individu tot stand kan komen. Deze uitleg is overigens geheel voor mijn rekening – PS.

1. Inleiding

1.1. Aanleiding en achtergrond

Voor u ligt een literatuurstudie forensische sociotherapie, uitgevoerd in opdracht van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ). KFZ – een samenwerking binnen het forensische zorgveld met als doel het verhogen van de kwaliteit en effectiviteit van de forensische behandeling (www.kfz.nl) – heeft de behoefte uitgesproken naar een beschrijvende literatuurstudie over de forensische sociotherapie, om de (inter)nationale stand van zaken met betrekking tot kennis en inzichten in het vakgebied, inzichtelijk te maken. Deze literatuurstudie legt, samen met de 'KFZ-Verkenning Calls Sociotherapie' (Fluttert *et al.*, 2013) de basis voor gerichte onderzoeksvragen aan het werkveld ter verbetering van de kwaliteit van de forensische sociotherapie. De opdracht is in het tweede kwartaal van 2014⁵ aan de auteur⁶ verstrekt.

1.2. Probleemstelling, vraagstelling, doelstelling

1.2.1. Probleemstelling

Om te komen tot gerichte onderzoeksvorstellen voor het Nederlandse vakgebied van forensische sociotherapie, die een positieve invloed hebben op de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling is kennis gewenst over de (inter)nationale stand van zaken met betrekking tot kennis en inzichten van het werkgebied van de sociotherapie. Daarbij brengt het forensisch kader (van (af)gedwongen hulpverlening, behandeling, zorg of verpleging) een specifiek element of perspectief in, dat in een vrijwillige setting niet aan de orde is. Wat betekent dit voor de verpleegkundige/begeleider/sociotherapeut die werkzaam is in de forensische (gedwongen dan wel opgelegde/niet vrijwillig verkozen) zorg?

1.2.2. Onderzoeksvragen

De centrale vraagstelling van dit onderzoek luidt:

Wat is er in de (inter)nationale wetenschappelijke literatuur (in aanvulling op eerder uitgevoerd onderzoek van Fluttert et. al., 2013) bekend aan kennis en inzichten over de werkzaamheid van sociotherapie en haar werkzame mechanismen en beperkingen en de hieruit voortvloeiende rol van sociotherapeuten?

Om tot een goede beantwoording te komen, zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

- Wat wordt er verstaan onder sociotherapie?
- Wat is er nationaal en internationaal bekend over sociotherapie en sociotherapeutische milieus en waarin variëren deze milieus?
- Welke werkzame elementen zijn te onderscheiden en in hoeverre is hier empirische onderbouwing voor?
- In hoeverre zijn er specifieke interventies en/of modellen die in dit kader worden ingezet?

⁵ Na oplevering van het onderzoek is in mei 2015 door KFZ een aanvullende onderzoeksvraag gesteld, welke in dit rapport geheel is opgenomen. De doel- en vraagstelling zijn aangepast t.o.v. de eerste versie, hoofdstuk zeven is toegevoegd en de conclusies en aanbevelingen zijn aangepast en uitgebreid.

⁶ Verkort CV auteur: *studies*: HBO-Inrichtingswerk, MSc Bedrijfskunde, PhD-kandidaat zorgethiek/Universiteit van Humanistiek; *werk*: sinds 1993 werkzaam in forensische en intensieve psychiatrie onder andere als sociotherapeut, manager en zorginnovator.

- In hoeverre is er informatie over het effectief vormgeven van een sociotherapeutisch milieu voor diverse patiëntpopulaties (met verschillende stoornissen/problematiek)? Wat is er bekend ten aanzien van *best practices*?
- Wat is er in de literatuur bekend over de specifieke aspecten van de forensische context en welke (ideale) rol en attitude van sociotherapeuten vloeit hier (met inachtneming van de werkzame elementen) uit voort?
- Welke rol spelen medewerkers bij de vormgeving van sociotherapie en wat zijn de organisatorische randvoorwaarden om sociotherapie gedegen te kunnen bedrijven?

1.2.3. Doelstelling

Het doel van deze studie is te onderzoeken wat van de huidige stand van zaken (kennis en inzichten) in het werkveld van de forensische sociotherapie is en wat de specifieke forensische context (begeleiding en behandeling van daders) vraagt van sociotherapeuten in hun werk (om hieruit de (gewenste) vaardigheden, attitude en rol te destilleren). Dit vindt plaats door middel van een review van de internationale literatuur.

1.3. Opbouw van dit rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt de onderzoeksmethode beschreven. De wijze waarop de literatuursearch is uitgevoerd komt aan de orde, alsmede de resultaten van de expertmeeting. Hoofdstuk 3 geeft het kader voor het vervolg van het rapport: welke uitgangspunten en definitie worden gehanteerd. Hoofdstuk 4 gaat in op de te onderscheiden werkzame elementen van forensische sociotherapie, de therapeutische relatie, afdelingskenmerken, dagbesteding en het belang van herstelconcepten. In hoofdstuk 5 worden specifieke interventies en modellen beschreven. Hoofdstuk 6 geeft aandacht aan sociotherapie bij specifieke doelgroepen. Hoofdstuk 7 behandelt de in de literatuur gevonden relevante organisatorische aspecten voor het bedrijven van sociotherapie. In hoofdstuk 8 wordt de conclusie besproken en in hoofdstuk 9 komen aanbevelingen voor KFZ aan de orde.

2. Methode

2.1. Literatuur

Bij het zoeken naar literatuur is gebruik gemaakt van de volgende *searchengines*: CINAHL, Cochrane, Embase, Google Scholar, MEDLINE, Narcis, Ovid, PsycINFO, Sciedirect en WODC.

De volgende zoektermen werden hierbij gebruikt.

"Forensic Mental Health Nursing", forensic mental health nursing, "Forensic Nursing", forensic nursing, "Risk management strategies", risk management strategies, "Forensic care", forensic care, "incustody care" (custody care), incustody care (custody care), "mental disability", mental disability, "mentally retarded", mentally retarded, confinement, intervention, involvement, models, RCT, research, study, prevention, Forensic best practice, Forensic nursing role, forensic mental health nursing role, forensic risk management strategies, forensic care nursing study, forensic care nursing research, "Forensic care" nursing study en "forensic care" nursing research.

Hieraan is de Nederlandse zoekterm 'sociotherapie' toegevoegd.

Als inclusiecriteria zijn gehanteerd:

- Forensische behandelingscontext
- *Evidence based* onderzoek en/of strategieën in het forensische domein
- Milieu of leefgroep beschrijvingen in het forensische veld
- Risicomanagement- / risicotaxatie-strategieën
- Theorieën en/of modellen over forensische zorgverlening
- Wetenschappelijk onderzoek in of naar forensische zorg
- Publicaties sinds het jaar 2000

Geëxcludeerd zijn:

- Artikelen die exclusief over forensische jeugdzorg gaan
- Onderzoek dat uitsluitend medicatie bekijkt
- Ambulante forensische zorg
- *Forensic nursing* met slachtoffers als doelgroep
- Risicomanagement of risicotaxatie-strategieën met uitsluitend psychometrische analyses.

Op basis hiervan is een lijst samengesteld van geïnccludeerde literatuur met bijbehorende abstracts. Dit betrof 371 artikelen. De abstracts zijn geladen in MS Word. Na het screenen van de abstracts zijn 54 artikelen in aanmerking gekomen voor het lezen van de volledige tekst. Daarnaast zijn specifieke artikelen, rapporten en boeken in deze studie geïnccludeerd door middel van 'handsearching' (naar titels, auteurs of bekende artikelen). Op deze manier zijn nog 29 artikelen, elf (delen van) boeken en tien rapporten voor het onderzoek bestudeerd. In de literatuurlijst van dit rapport wordt alleen de literatuur vermeld die gebruikt is voor dit onderzoek. De geraadpleegde, maar niet gebruikte bronnen worden niet vermeld.

2.2. Expertmeeting

De conceptversie van dit onderzoek is op 17 december 2014 voorgehouden aan een panel van experts, bestaande uit Nico van Tol (directeur cluster Social Work en

Toegepaste Psychologie, Hogeschool Leiden en voorafgaand aan deze betrekking als psychiatrisch verpleegkundige jarenlang werkzaam als sociotherapeut in de ggz), Peer van der Helm (Lector residentiële jeugdzorg Hogeschool Leiden en ontwikkelaar van het *Prison Group Climate Instrument* (PGCI): de leefklimaatschaal) en Folkert Helmus, directeur en programmamaker van Pompeii, expertisecentrum ('verzameling, vermeerdering en verspreiding van de aanwezige forensisch-psychiatrische ervaring, kunde en kennis') van de Pompestichting.

Door de expertmeeting werd de context van dit onderzoek breder. Waar de inhoud van dit onderzoek zich vooral richt op de recente literatuur, bracht de expertmeeting de vraag op wat de betekenis van deze recente ontwikkeling is in de bredere geschiedenis van de sociotherapie als onderdeel van een behandeling? Thema's die aan de orde kwamen waren onder meer problematiek van de uniformiteit en wens tot gelijkheid in organiseren, die leidt tot 'regelgeleid handelen', de kennis die we hebben over de kwaliteit van de omgeving – het milieu – (waarvan we weten dat dit bepaalt hoe mensen zich ontwikkelen) en de inzichten uit modern hersenonderzoek waarvan de resultaten ondersteunend zijn aan het werk van de sociotherapie.

De 'vakgroep sociotherapeuten' is niet (goed) ontwikkeld. We weten wel dat het de mensen zijn die het milieu maken. En dat het gaat om de kwaliteit van het contact en de interactie. De integraliteit van het vak is niet alleen kenmerkend, maar ook van wezenlijk belang. Alle kenmerken, principes, interacties, omgevingscomponenten, het werkplezier, het leiderschap doen ertoe. In het geval van de sociotherapie is het geheel zeker meer dan de som der delen. Het zou de kwaliteit van het vak geen goed doen als dat in niet samenhangende componenten 'uit elkaar valt'.

Er is voor dit onderzoek geen leescommissie ingesteld. Veronique van Miert (Hogeschool Leiden), Minco Ruiters en Ivo van Outhousden (beide werkzaam bij Inforsa) hebben (delen van) versies meegelezen. Dank daarvoor!

3. Uitgangspunten en definitie

3.1. Inleiding

Sociotherapie, 24-uurs begeleiding, verpleegkunde, vindt in de klinische forensische psychiatrie plaats op verschillende soorten afdelingen van instellingen. De verplichte opname van patiënten in het kader van een strafrechtelijk artikel is een gegeven en is min of meer ook een reden waarom men begeleiding toevoegt (je sluit mensen niet alleen in of op). Die begeleiding (en behandeling) heeft (uiteindelijk) tot doel het delictgevaar van de patiënt te verminderen (Mason *et al.*, 2008a; Janzing & Kerstens, 2012; DJI, 2014). De kwaliteit van het dagelijks leven is daarbij van groot belang voor de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt (Riittakerttu & Kahila, 2006; Janzing & Kerstens, 2012; Schaftenaar, 2013; van der Helm & Stams, 2013). Wat is er in de literatuur bekend over de werkzame elementen in de dagelijkse begeleiding? Om dat te kunnen onderzoeken, moeten we eerst benoemen wat we in deze studie verstaan onder sociotherapie.

In dit hoofdstuk wordt de definitie van sociotherapie die voor dit onderzoek gebruikt wordt, uitgelegd aan de hand de kenmerken uit de literatuur die duiden op een achterliggende visie. Ook wordt op basis hiervan een (zeer korte) schets van het werk van de sociotherapeut gegeven.

3.2. Wat is sociotherapie?

In dit onderzoek zal de term sociotherapie gebruikt worden voor al het werk dat plaatsvindt in de dagelijkse begeleiding met patiënten die op afdelingen verblijven, door speciaal hiervoor aangestelde medewerkers. Dit zijn zowel verpleegkundig als agogische geschoolde werkers, die werken in de 24-uurszorg. In de internationale literatuur wordt veelal de term *forensic mental health nursing* (FMHN) gebruikt, waarbij de term *forensic* in de meeste gevallen duidt op het justitiële systeem waarbinnen de verpleging plaatsvindt (Gillespie & Flowers, 2009; Kent-Wilkinson, 2010).

3.2.1. achterliggende visie

Een belangrijk kenmerk in de literatuur is dat gesteld wordt dat een holistische mensvisie een uitgangspunt is (van Tol, 1993 in de Weerd *et al.*, 2013; Doyle & Jones, 2013; McKenna *et al.*, 2014). Gekeken moet worden op welke wijze en in welke wisselwerking specifieke factoren bijdragen aan de mogelijkheden en beperkingen van patiënten: vanuit biologische, psychologische en sociale factoren (van Nieuwenhuizen *et al.*, 2011; Doyle & Jones, 2013; Janzing & Kerstens, 2012; Schaftenaar, 2013; van Velzen, 2013). Er is geen enkelvoudige theoretische basis waarop sociotherapie plaatsvindt, bleek uit een studie van Rask & Rahm Hallberg (2000). Zij vonden dat milieu therapeutische uitgangspunten het meest leidend waren in de zorg.

Het doel van de behandeling in de forensische psychiatrie is een zodanige ontwikkeling tot stand te brengen, dat het delictgevaar vermindert. Er moet dus een therapeutisch milieu geboden worden dat de behandeling en begeleiding mogelijk maakt, die de patiënt nodig heeft. Een goede sociale omgeving is daarbij van belang (Janzing en Kerstens, 2012). De kwaliteit van het behandelklimaat heeft een belangrijke invloed op de

ontwikkeling van patiënten, blijkt ook uit onderzoek (Riittakerttu & Kahila, 2006; van der Helm, 2011a; Schubert *et al.*, 2012).

Een therapeutisch milieu is volgens Janzing en Kerstens (2012:89) een "eenheid van samenhangend behandelen, waarbinnen aan een patiënt relaties met andere patiënten en behandelaars worden aangeboden. Deze relaties bieden de patiënt de ruimte om zelf binnen zijn mogelijkheden en beperkingen tot een oplossing te komen van zijn problemen, problemen die in ingewikkeldheid kunnen variëren en op allerlei gebieden van het leven kunnen liggen".

3.2.2. Verantwoordelijkheid en werkinhoud sociotherapie

In zijn algemeenheid wordt de bijdrage van de sociotherapie weergegeven in de volgende verantwoordelijkheden en werkinhoud. Het werk op de afdeling met de patiënten, de dagelijkse begeleiding, is het grootste deel van de functie (Gildberg *et al.*, 2012; Nieuwenhuizen *et al.*, 2011; Schaftenaar, 2013; Menger & van Vliet, 2013). Dit bestaat onder andere uit ADL activiteiten en praktisch werk op de afdeling, het informeren en scholen/trainen van patiënten en familie en het observeren en interpreteren van gedrag van patiënten (Rask & Rahm Hallberg, 2000; de Weerd *et al.*, 2013; Schaftenaar, 2013). Sociale ondersteuning en verbale interactie zijn belangrijke elementen in de dagelijkse begeleiding (Rask & Levander, 2001; Gildberg *et al.*, 2012). Menger en van Vliet (2013) geven overstijgend aan dat er van een veelheid aan werkzaamheden gesproken kan worden, variërend van praktisch handelend tot theoretisch en reflectief. Kluft en van der Haterd (2010) categoriseerden het werk in patiëntgebonden taken, organisatiegebonden taken en professiegebonden taken.

3.2.3. Definitie sociotherapie in deze studie

Op basis van de voorgaand beschreven achterliggende visie en de taken en verantwoordelijkheden van sociotherapeuten, gebruiken we voor deze studie een definitie die ruim twintig jaar geleden is geformuleerd, maar nog steeds actueel is en gebruikt wordt.

Sociotherapie, het werken in een therapeutisch milieu, is "het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep cliënten, gericht op het behandelen van deze groep – opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele cliënt te bereiken – binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties" (van Tol, 1993 in de Weerd *et al.*, 2013:32).

4. Werkzame elementen

Sociotherapie bestaat niet uit een vastomlijnde interventie of een uitgeschreven protocol zoals andere therapievormen (bijvoorbeeld CGT, SFT, DGT) dat wel hebben. Er is geen stappenplan 'zo werkt sociotherapie'. Een deel van het werk, de dagelijkse begeleiding die '24/7' plaatsvindt, is moeilijk in interventies te formuleren (NvvP, 2012). Om zichtbaar te maken wat er dan gebeurt, wordt er in de literatuur vooral onderzoek gedaan naar of (niet uitputtend) overzicht gegeven van de taken van sociotherapeuten (Rask & Rahm Hallberg, 2000; Rask & Levander, 2001; Bowring-Lossock, 2006; Mason *et al.*, 2008a; Mason *et al.*, 2008b; Kluft & van der Haterd, 2010; Timmons, 2010; Gildberg *et al.*, 2012; Menger & van Vliet, 2013). Alhoewel het een methodische werkwijze is (Janzing & Kerstens, 2012; de Weerd *et al.*, 2013), is sociotherapie nauwelijks tot niet op effectiviteit onderzocht. Knabb *et al.* beschreven tien behandelmodaliteiten voor forensisch psychiatrische patiënten, waaronder de therapeutische gemeenschap (waar sociotherapie een onderdeel van is – PS). Alhoewel zij benadrukken dat het onderzoek tot op heden zeer beperkt is, zien zij positieve punten bij het inzetten van een therapeutische gemeenschap als behandelmodel: het is makkelijk toepasbaar en benadert de 'echte wereld'. Het geeft patiënten de gelegenheid te oefenen en te leren verantwoordelijkheid te nemen. Positieve interactie en verhoudingen met *peers* zijn belangrijk. Door een therapeutische gemeenschap worden grotere thema's waar patiënten mee te maken hebben (zoals positieve interactie met samenleving, gezondheidsissues) goed geadresseerd. Zwakke punten zijn het gebrek aan empirische validatie en het feit dat er geen specifieke instrumenten worden gebruikt of aangereikt, het is meer een "*corrective experience through interactions with others*" (Knabb *et al.*, 2011:126).

Alhoewel er (dus) geen vastomlijnde interventie is, een te volgen stappenplan of een *toolkit* sociotherapie voor de patiënt (die is er wel voor de werker, overigens⁷) zijn er in de literatuur wel elementen te vinden die niet alleen belangrijk zijn bij sociotherapie, maar die ook werken, dus bijdragen aan de behandeluitkomst. In de literatuur die voor dit onderzoek bestudeerd is, zijn vier werkzame elementen gevonden. Dit zijn: de therapeutische relatie, afdelingskenmerken, dagbesteding en het belang van herstelconcepten.

4.1. Werkzame elementen I – De therapeutische relatie

4.1.1. De waarde van de therapeutische relatie

Uit diverse studies blijkt dat de relatie tussen verpleegkundige en patiënt in de forensische psychiatrie net zo belangrijk is als in elk verpleegkundig domein (Hammer, 2000; Martin, 2001; Martin & Street, 2003; Gillespie & Flowers, 2009; Kent-Wilkinson, 2010; Gildberg *et al.*, 2012). Het vormen en in stand houden van een zorgende relatie (Rask & Rahm Hallberg, 2001; Rask & Brunt, 2007; van Outheusden & Schaftenaar, 2013) waarbinnen verpleegkundigen patiënten helpen om nieuwe vaardigheden te ontwikkelen om met hun problemen om te gaan, is een belangrijk doel en een kern van het werk. Bowring-Lossock (2006) stelt dat de therapeutische effectiviteit afhankelijk is van de zorgrelatie.

Andrews & Bonta (2010), geven in hun *Risk-Need-Responsivity (RNR) Model* aan dat de effectiviteit van interventies wordt verbeterd wanneer zij worden uitgevoerd door medewerkers met "*high-quality relationship skills*" in combinatie met "*high quality*

⁷Toolkit SPH- sociotherapie, Hertzberg & van Tol, 2001, uitgeverij Coutinho, niet leverbaar (dec. 2014).

structuring skills". Zij geven als kenmerken van kwalitatieve relaties dat deze respectvol zijn, zorgend, enthousiast, gericht op samenwerking en ruimte geven aan persoonlijke autonomie.

Alhoewel niet specifiek gericht op het forensische circuit en niet op sociotherapie (maar op psychotherapie), kunnen we hier het werk van Norcross en (vele) anderen in opdracht van de APA niet onbenoemd laten (Norcross & Wampold, 2011). Aantoonbaar effectief zijn het aangaan van alliantie (wederzijdse samenwerking op grond van een emotionele verbintenis), cohesie, empathie en het monitoren van het therapeutisch proces (inclusief het verkrijgen van cliëntenfeedback). In dit onderzoek wordt ook aangegeven wat niet werkt in de therapeutische relatie. Dat zijn niet alleen alle effectieve gedragingen omgekeerd (dus geen alliantie aangaan, gebrek aan cohesie, et cetera). Er zijn nog zes punten te onderscheiden die niet werken: alleen maar confronteren, focus op negatieve processen, uiten van vooronderstellingen, centraal stellen van het gezichtspunt van de therapeut, rigiditeit en het *niet* op het individu toesnijden van een behandeling (Norcross & Wampold in van der Stel, 2012).

In zijn studie naar de werkzame elementen van het leefklimaat in instellingen (onder meer in FPC Veldzicht) vond van der Helm (2011a) dat de responsiviteit van de begeleider een belangrijk kenmerk is van een positief leefklimaat. Dit positieve of open behandelklimaat kan bijdragen aan een hogere behandelmotivatie, een positief behandelresultaat, meer empathie, een interne locus of control, afname van agressiviteit en meer emotionele stabiliteit (van der Helm & Drenth, 2013). Een studie van Ros *et al.* (2013) bevestigde deze resultaten en voegde daar nog een aspect aan toe. Zij toonde in een longitudinale studie verband aan tussen de responsiviteit van de begeleiders en het aantal agressie gerelateerde incidenten in een instelling voor intensieve en forensische psychiatrie. Hoe hoger de responsiviteit (van de begeleiders), hoe minder agressie-incidenten, bleek hieruit.

4.1.2. Bedreigingen en risico's voor de therapeutische relatie

De nabijheid van sociotherapeuten bij de patiënt is een uniek kenmerk van de rol (Gillespie & Flowers, 2009). Dat brengt in de forensische zorg het dilemma met zich mee dat zij omschrijven als zorgen versus controleren. Van der Helm *et al.* (2011b) noemen dit de balans tussen flexibiliteit en controle. Beveiliging versus therapie is de omschrijving die ook wel gekozen wordt (Martin & Street, 2003; Meehan *et al.*, 2006; Mason *et al.*, 2008a&b). Of *containment versus care* (Martin, 2001) en *guarding versus care* (Hörberg *et al.*, 2012). Gildberg *et al.* (2013) maken een tweedeling in de literatuur. 'Opvoedkundige en gedragsveranderende zorg' enerzijds en 'zorg die afhankelijk is van relationele en persoonlijke kwaliteiten' anderzijds. Zij ontwikkelden, op basis van een observatie van sociotherapeuten op een Deense forensische afdeling, een conceptueel model waarin het creëren van een *trusting relationship* centraal staat. Door deze relatie ontstaat inzicht in de ervaring en problemen van de patiënt. Het vertrouwen wordt gebruikt om een zorgrelatie tot stand te brengen die gericht is op gedrags- en perceptieverandering. Zij presenteren het daarmee niet als tegenovergestelde, maar als in elkaars verlengde liggende zorgactiviteiten. Een goede balans is wel nodig, want een hoge mate van gedrags- en perceptieverandering veronderstelt vertrouwen en heeft een negatieve invloed op het bewerkstelligde vertrouwen.

Als er teveel nadruk op de controlerende, beveiligende kant van het werk komt te liggen, schaadt het de kwaliteit van zorg en heeft dit een negatieve invloed op de therapeutische relatie blijkt uit diverse studies (Bowring-Lossock, 2006; Gillespie & Flowers, 2009; van der Helm, 2011a; Doyle & Jones, 2013). Repressie werkt niet (van der Helm, 2011a; van

der Helm & Schaftenaar, 2014). Een cultuur van inperking en vrijheidsbeneming met een te grote nadruk op veiligheid (beheersen) kan om meerdere redenen ontstaan: als sociotherapeuten zichzelf willen beschermen tegen stress (Martin & Street, 2003) of uit angst en boosheid (Martin & Street, 2003; van der Helm & Schaftenaar, 2014). Er ontstaan dan buitensporig veel regels en er is sprake van machtsmisbruik, ofwel een defensieve en bestraffende praktijk (Mason *et al.*, 2008b; Gillespie & Flowers, 2009; van der Helm & Schaftenaar, 2014). De attitude en de persoonlijke waarden van de sociotherapeuten kunnen ook belemmeringen voor de therapeutische relatie vormen, wat leidt tot afstand (Martin, 2001; Gillespie & Flowers, 2009; van der Helm *et al.*, 2011b). Dit heeft vervolgens een negatief effect op de-stigmatisering van de patiënt (Lammie *et al.*, 2010).

4.1.3. De therapeutische relatie vanuit patiëntperspectief

Er is tot op heden beperkt onderzoek gedaan naar de ervaringen en het perspectief van patiënten in forensische zorg. Uit de resultaten van studies over de waarde van de therapeutische relatie vanuit patiëntperspectief, komen de volgende punten naar voren. Wat hebben zij nodig? Wat 'werkt'? Het is de kwaliteit van de therapeutische relatie die van immens belang is voor patiënten. Ontevredenheid is vaak gerelateerd aan tekortkomingen in die relatie, blijkt uit de review van de literatuur die Coffey in 2006 deed. Schafer en Peternej-Taylor (2003) geven in hun studie aan dat het 'niet gehoord worden' en 'geen stem hebben' volgens patiënten negatief werken op de relatie. Ook het niet krijgen van feedback en niet als individu behandeld worden, zijn negatief op de relatie werkende aspecten. Uit de studie van Sainsbury *et al.* (2004) komen door patiënten ervaren positieve aspecten naar voren: ondersteuning, het gevoel erbij te horen en positieve therapeutische relaties zijn factoren die patiënten (met persoonlijkheidsstoornissen) motiveren tot behandeling. In 2012 vonden Hörberg *et al.* dat goede zorg emotionele voeding geeft en de mogelijkheid biedt om warmte en nabijheid te ervaren in een relatie. Dit lijkt op de resultaten van Olofsson en Norberg (2001), die het belang van menselijk contact en een wederkerige relatie als opvallend aspect noemen (in een studie naar het toepassen van dwang).

4.2. Werkzame elementen II – Afdelingskenmerken

Klinische forensische sociotherapie vindt plaats op gesloten of semi-gesloten afdelingen, waar patiënten verblijven gedurende hun tijd in het forensisch psychiatrisch ziekenhuis. Patiënten spenderen hier veel tijd. Uit het weinige onderzoek dat hiernaar gedaan is, blijkt dat de fysieke aspecten van de afdeling belangrijk zijn (Brunt & Rask, 2007; van der Schaaf *et al.*, 2013). De afdelings sfeer en de behandelomgeving beïnvloeden de behandeluitkomsten (Brunt & Rask, 2007; Nessel *et al.*, 2009; van der Schaaf *et al.*, 2013). Van der Helm (2011a) zag dit in zijn studie ook bevestigd. In zijn onderzoek naar het leefklimaat bleek de component 'sfeer' (waaronder onderlinge contacten tussen patiënten, gebouwelijke omstandigheden (componenten als daglicht en frisse lucht) en de algemene sfeer op de afdeling) als factor te onderscheiden en een bijdrage te leveren aan een open klimaat. Een open klimaat is belangrijk omdat het een positieve invloed heeft op de individuele behandeling van de patiënt (zie paragraaf 4.1). De fysieke omgeving geeft een significant effect op het risico om afgezonderd te worden, zelfs als dit gecorrigeerd is op patiënt-, staf- en afdelingskenmerken, bleek uit het onderzoek van van der Schaaf *et al.* (2013). Meehan *et al.* (2006) vonden in hun onderzoek naar de perceptie van patiënten over agressief gedrag dat het gebrek aan persoonlijke ruimte bijdraagt aan de onontkoombaarheid van agressie. Dit wordt door het eerder genoemde

onderzoek van van der Schaaf *et al.* ondersteund: gebouwelijke condities als de totale private ruimte van patiënten, het comfortlevel en een klein aantal patiënten in het gebouw, zijn factoren die waarschijnlijkheid van afzondering van patiënten doen verminderen.

4.3. Werkzame elementen III – Dagbesteding

Een belangrijk onderdeel van het dagelijks leven, op of buiten de afdeling, is dagbesteding: 'iets te doen hebben'. Alhoewel de organisatie van specifieke dagbestedings- of werkactiviteiten veelal buiten de afdeling en dus niet door sociotherapie wordt verzorgd, is de begeleiding van ADL en dus het dagelijks leven wel een taak van sociotherapeuten, zo zagen wij eerder. In de 24-uurszorg is begeleiding van het dagelijks leven ook invulling geven aan de dag. Vandaar de relevantie om hier op dit thema in te gaan, juist omdat het hebben van problemen op gebied van werk/school en vrijetijd/dagbesteding, grote risicofactoren zijn. Andrews & Bonta (2010) stellen dat deze factoren onderdeel zijn van hun *central eight*: de acht grootste risicofactoren op recidive. Ook patiënten zelf geven in diverse onderzoeken het belang van dagbesteding aan. Verveling is een belangrijke bron van frustratie en het gebrek aan zinvolle activiteiten en het gedwongen nietsdoen worden als potentiële bronnen van agressie beleefd (Meehan *et al.*, 2006). Zinvolle dagelijkse activiteiten dragen, zo blijkt uit het onderzoek van Eklund (2009) bij aan de (zelf gewaardeerde) kwaliteit van leven. De zorg kan deze kwaliteit van leven dus beïnvloeden door het aanbieden van activiteiten. Dit komt overeen met bevindingen van Farnworth *et al.* (2004). Zij benadrukken het belang van het betrekken van individuele werkgeschiedenis, vaardigheden en interesses om mogelijkheden te creëren en persoonlijke kwaliteiten te gebruiken. Patiënten ervoeren daarentegen dat ze zich verveelden en hun tijd weggooiden: door te slapen, passieve recreatieve activiteiten te doen en gebrekkige toegang te hebben tot normale dagactiviteiten (Farnworth *et al.*, 2004). Uit het onderzoek van van der Helm (2011a) bleek ook dat de mate waarin patiënten ervaren dat ze zinvol bezig zijn, relevant is voor de behandelvooruitgang.

Individual Placement and Support (IPS) is een bewezen effectieve methode om cliënten naar en in regulier betaalde banen te begeleiden. Het gebruik van deze methode wordt aanbevolen in de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (NvVP, 2012), maar ook in de multisectorale en multidisciplinaire richtlijn Werk en ernstige psychische aandoeningen (Couwenbergh & van Weeghel, 2014).

4.4. Werkzame elementen IV – Het belang van herstelconcepten

Het belang van herstel is door de World Health Organization (WHO) in 2005 in de verklaring voor geestelijke gezondheid in Europa ("*Mental Health Declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions*") opgenomen. In diverse onderzoeken sindsdien wordt gesteld dat de forensische zorg aan het verschuiven is van 'custodial' naar meer herstelgeoriënteerde zorg. (Gillespie & flowers, 2009; Timmons, 2010).

Goede zorg, zo is de heersende opvatting (ook) op dit moment in Nederland, moet aansluiten bij de drie dimensies van herstel: symptomatisch herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). Een goede werkrelatie is hier een absolute voorwaarde voor (Anthony, 2003).

McLoughlin & Keller (2010) stellen dat aan de basis van behandeling in een forensische setting de volgende principes ten grondslag moeten liggen om herstelondersteunend te zijn:

- Het behandeldoel is niet alleen het stabiliseren van symptomen. Het is een eerste stap, maar slechts een component in het bijstaan van een persoon op zijn herstelreis.
- De persoon meenemen in het proces van planning is cruciaal: het is het plan van de persoon. Zonder participatie en eigenaarschap, *'the plan becomes an exercise in writing rather than a roadmap'* (McLoughlin, 2011:390).
- De cultuur van een organisatie moet gericht zijn op het centraal stellen van de persoon. Alle interacties tussen behandelaren en patiënten moeten door dit leidende principe gestuurd worden.
- Risicomanagement moet een plek krijgen in het behandelplan. Als iemand verantwoordelijkheid wil nemen voor zelfzorg en herstel, moet hij bewust zijn van de potentiële risico's en geassisteerd worden (door het gebruik van krachten, *peersupport* en het geven van hoop) bij het managen van deze risico's.
- Afhankelijk van iemands toestand kan hij er niet aan toe zijn om de principes van zelfbepaling, empowerment of verantwoordelijkheid toe te passen. In dat geval is het de verantwoordelijkheid van de behandelaren om meer te doen als de persoon zelf minder kan (en te minderen als de persoon zelf meer kan).

Dat herstelgeoriënteerde focus mogelijk is in een forensische setting bleek ook uit de casestudy van McKenna *et al.* (2014). Deze zorg bleek zich af te spelen rond de volgende domeinen: a) het hebben van een gezamenlijke visie, namelijk: de reis naar een leven dat het waard is geleefd te worden; b) hoop bevorderen; c) autonomie en zelfbepaling bevorderen; d) betekenisvolle betrokkenheid; e) focus op krachten; f) holistische en gepersonaliseerde zorg; g) deelname in de samenleving en burgerschap; h) risico's managen door het nemen van gecalculerde risico's.

Couwenbergh & van Weeghel benoemen dit ook in het 'plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstig psychiatrische aandoeningen'. Ook mensen met ernstige beperkingen hebben het recht om risico's te nemen tijdens hun herstel (de term *'dignity of risk'* is hierbij geïntroduceerd door de cliëntenbeweging in de Verenigde Staten). "Maar deze risico's moeten wel redelijk en acceptabel zijn. Het verwerven van vaardigheden om verantwoorde en onverantwoorde risico's van elkaar te onderscheiden, is een belangrijk oogmerk bij rehabilitatie of herstel" (2014:24).

5. Specifieke interventies en modellen

Dit hoofdstuk behandelt de deelvraag wat er in de literatuur bekend is over specifieke interventies of modellen voor (forensische) sociotherapie.

Hieraan voorafgaand wil ik kort aandacht besteden aan de modellen die Janzing & Kerstens ontwikkeld hebben. In hun boek 'werken in een therapeutisch milieu' werken ze drie behandelmodellen uit (het supportieve, het reconstructieve en het sociaaltherapeutische model), waar door andere (Nederlandse) auteurs ook aan gerefereerd wordt. Deze modellen gaan inmiddels al vele jaren mee (de eerste druk van hun werk was in 1980, onderzoekster heeft tijdens haar opleiding eind jaren '80 met edities gewerkt waar deze modellen (al) in stonden). Janzing en Kerstens stellen dat de modellen opgevat kunnen worden als "behandelprincipes die op vele opzetten van psychiatrische en psychotherapeutische behandeling van toepassing kunnen zijn" (2012:146). Hun modellen zijn ideaaltypisch en kunnen ingezet worden (dat gebeurt meestal niet (meer) in zuivere vorm) afhankelijk van de pathologie van de patiënt. Binnen de modellen worden allerlei, wat zij noemen, technieken ingezet. Bijvoorbeeld activiteitentherapie, directe therapie, ondersteunende begeleiding en sociale vaardigheidstraining. Hun modellen lijken (overigens zeer grondig) gebaseerd op theorieën. In de laatste editie van hun werk zijn geen aanwijzingen te vinden over onderzoek dat ingaat op de werkzaamheid (hoe, waarop, waarom) van de modellen.

5.1. Algemene forensische behandelmodellen

In het rapport van Fluttert e.a. (2013) wordt aangegeven dat er in de forensische psychiatrie twee leidende modellen zijn, het RNR-model (Adrews & Bonta, 2010) en het Good Lives Model (GLM, Ward & Brown, 2004) die elkaar aanvullen. Beide modellen zijn algemene forensische behandelmodellen, voor de totale behandeling van de patiënt. Sociotherapie heeft hier een rol in, maar het model is niet ontwikkeld als specifiek sociotherapeutisch model. Het werk van de sociotherapeut moet binnen deze modellen dus nog vormgegeven worden (en wordt niet specifiek beschreven). Het sterke van het RNR model is dat dit ontwikkeld is op basis van veel en grootschalig onderzoek (Andrews *et al.*, 2011; Fluttert *et al.*, 2013), de *evidence* lijkt 'sterk'. GLM is ontstaan om niet alleen de nadruk te leggen op risicomanagement en terugvalpreventie, maar ook op het bevorderen van het welzijn en sterke eigenschappen (Ward & Brown, 2004; Pomp, 2009; Couwenbergh & van Weeghel, 2014). GLM is een algemene rehabilitatietheorie, maar wordt in de praktijk vooral toegepast bij seksuele delinquenten (Pomp, 2009).

Eerder in dit onderzoek, bij de inleiding van hoofdstuk vier, werd aandacht besteed aan de therapeutische gemeenschap (TG) als behandelalternatief in de forensische psychiatrie. (Knabb *et al.*, 2011). Er is in de literatuur echter geen (concreet) model beschreven. Wel is helder dat bij een therapeutische gemeenschap aspecten als 'leven en leren ineen' en het samen doen van werk binnen die gemeenschap, belangrijk zijn (Knabb *et al.*, 2011). Klassieke kenmerken van een TG zijn dat bewoners 'materieel en emotioneel' voor elkaar zorgen; ze de (met elkaar) opgestelde regels volgen en leiderschap en sancties van de groep accepteren. Eerlijkheid, oprechtheid en empathie zijn hoog gewaardeerde eigenschappen (Rice *et al.*, 1992).

5.2. (forensische) Sociotherapeutische behandelmodellen

5.2.1. Hodges' Health Career Model

Er zijn in de literatuur weinig (integrale) modellen te vinden die het gehele vakgebied van de sociotherapie belichten. Veelal gaat het in onderzoeken over de interactie (Rask & Brunt, 2007; Rask *et al.*, 2008; Gildberg *et al.*, 2010, 2012, 2013), over de zorgrelatie (bv. Schafer & Peternelj-Taylor, 2003; Bowring-Lossock, 2006; Gillespie & Flowers, 2009) of over de taken en competenties (bv. Mason *et al.*, 2008a&b; Timmons, 2010). De onderzochte internationale literatuur gaf één onderzoek weer waarin een van oorsprong verpleegkundig model wordt onderzocht als *forensic nursing model*: Het Hodges' Health Career Model (HHCM, Doyle & Jones, 2012). Fluttert *et al.* (2013:19) hebben dit model als volgt samengevat. "Dit [het HHCM] is een zorgmodel waarin zorg beschreven is vanuit de kennis-zorg-domeinen: (1) *interpersonal*, (2) *science*, (3) *sociology* en (4) *political*. De toepassing van dit geïntegreerd model zou de rol van FMHN versterken in het multidisciplinaire behandelteam. Dit is tegelijkertijd waardevol voor het verrichten van onderzoek en het vinden van aansluiting bij de politieke domeinen die op dat moment actueel zijn". Daarnaast wordt in de literatuur aangegeven dat het model eraan bijdraagt dat er holistische zorg wordt geleverd en ondersteunt het reflectie en reflectiviteit in de zorgpraktijken (Doyle & Jones, 2012).

5.2.2. Individuele Rehabilitatiebenadering

Alhoewel niet specifiek forensisch (dus niet gericht op recidiverisico reductie) is er wel een model of methodiek die gericht is op het begeleiden van patiënten (de kerntaak van sociotherapie) waarvoor *evidence* is dat ze werkzaam is: de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB). Het doel van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is: mensen met ernstige, langdurige beperkingen helpen beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp (Korevaar *et al.* 2010). Aangevoerd is dat de IRB de maatschappelijke participatie van mensen met psychische aandoeningen bevordert (Couwenbergh & van Weeghel, 2014; van Hoof *et al.*, 2014). Door IRB bereiken cliënten hun rehabilitatiedoelen beter en neemt hun kwaliteit van leven toe (Swildens *et al.*, 2007). De IRB is ontwikkeld ten behoeve van mensen met ernstige, langdurige fysieke, zintuiglijke, verstandelijke of psychische beperkingen die door hun beperkingen belemmerd worden bij het vervullen van maatschappelijke en sociale rollen. De IRB is een goede benadering bij mensen met beperkingen die aangeven wensen of behoeften te hebben op het gebied van wonen, werken, dagbesteding en vrije tijd, leren, sociale- en familierelaties en financiën en die ondersteund willen worden bij het verkennen, kiezen, verkrijgen of behouden van eigen doelen op deze gebieden (Korevaar *et al.*, 2010:13). In de methodebeschrijving IRB geven Korevaar *et al.* (2010) aan dat er geen contra-indicaties zijn, maar dat specifieke kenmerken van de doelgroep soms leiden tot aanpassingen in de methode. Over gebruik binnen de forensische zorg wordt genoemd dat de juridische context dan in acht genomen moet worden.

6. Sociotherapie bij diverse patiëntpopulaties

In de forensische zorg zijn diverse patiëntpopulaties te onderscheiden. Over het algemeen wordt er een onderscheid gemaakt tussen patiënten met psychotische kwetsbaarheid en patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, beide in combinatie met andere problematiek mogelijk. De patiëntengroep met een licht verstandelijke beperking (LVB) wordt vaak als een aparte populatie gezien (van Nieuwenhuizen *et al.*, 2011; Van Esch, 2013; DJI 2014), net als patiënten met een autisme spectrum stoornis (ASS, Bartels & Timmer, 2006). Ook wordt de groep 'zedendaders' vaak als een aparte categorie patiënten beschouwd. Dit hoofdstuk handelt over de vraag of er onderzoek is over het effectief vormgeven van een sociotherapeutische milieus voor diverse patiëntpopulaties. Zijn er *best practices*?

6.1. Sociotherapie en psychotische stoornissen

In de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDRS) van de NvvP (2012), wordt uitgebreid ingegaan de rol van de dagelijkse zorgverlener. In het 'zorgprogramma psychotische stoornissen' van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP, 2014) is er minder aandacht voor de rol van de sociotherapeut. De kern die wordt aangegeven over de rol van de sociotherapeut komt neer op ondersteunen, structuur bieden, activeren en stimuleren, vanuit respectvolle omgang en met inachtneming van het verhaal van de patiënt. Er wordt in het 'zorgprogramma psychotische stoornissen' niet naar literatuur verwezen waarop dit gebaseerd is.

Met de uitdaging dat er binnen het vakgebied van de verpleegkunde/sociotherapie weinig interventies onderzocht zijn (of kunnen worden) op effectiviteit, stelt de NvvP dat goede zorg bestaat uit twee aspecten. Ten eerste een goede behandelrelatie. Ten tweede moet de sociotherapeut binnen de context van deze behandelrelatie zodanig handelen dat dit effectief en efficiënt bijdraagt aan de gezondheid en het welzijn van de patiënt (NvvP, 2012). De MDRS noemt als belangrijke aspecten van de dagelijkse begeleiding (waar wetenschappelijk onderbouwde interventies en/of *best practices* van zijn): goede zorg; het alledaagse; lijden en hoop; herstel; *shared decision making*; vroegsignalering en sociale inclusie en zorg voor lichamelijke gezondheid. Genoemd hierbij worden onder andere de presentiebenadering (Baart, 2001), belevingsgerichte zorg (Pool *et al.*, 2003) en herstelondersteunende zorg (Droës & Witsenburg, 2012).

Rask & Levander (2001) halen in hun onderzoek eerder werk uit de jaren '90 aan waaruit blijkt dat conflictvrije relaties en een minimum aan boosheid en agressie belangrijk zijn voor patiënten met psychotische stoornissen.

6.2. Sociotherapie en persoonlijkheidsstoornissen

Uit de meta- en narratieve analyse van Woods & Richards (2003), naar de effectiviteit van verpleegkundige interventies bij mensen met persoonlijkheidsstoornissen, bleek dat interventies die gebaseerd waren op psychologische aanpakken (zoals bijvoorbeeld DGT en (groeps)psychotherapie) grotere verbeteringen in uitkomst opleverden dan alleen verpleegkundige interventies (genoemd werden: therapeutisch milieu, CGT, groepstherapie). Zij concluderen dat er beperkt bewijs is voor de effectiviteit van verpleegkundige interventies voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Opgemerkt moet worden dat de feitelijke interventie in deze studie slechts beschreven is door een enkelvoudige omschrijving. In 2013 geeft Byrt aan dat een holistische benadering de voorkeur verdient boven de begrijpelijke, maar smalle focus op risicotaxatie en

risicomanagement met nadruk op restrictieve maatregelen en veiligheid. Holistische benaderingen nemen de brede behoeften van patiënten meer in ogenschouw, maar zijn tegelijkertijd essentieel voor risicomanagement (Byrt, 2013). Het ondersteunen van patiënten bij agressieregulatie door middel van principes van de therapeutische gemeenschap, zou in potentie positieve consequenties kunnen hebben voor hun fysieke gezondheid en persoonlijke en arbeidsrelaties (Byrt, 2013). Er wordt echter niet gesproken over de manier waarop die bijdrage geleverd wordt. In deze studie komen ook geen duidelijke aanwijzingen of richtlijnen voor sociotherapie voor. Bowen en Mason (2012), stellen in hun studie over vaardigheden die nodig zijn om patiënten met een persoonlijkheidsstoornis te verplegen, dat de capaciteit om een therapeutische relatie te vormen, de hoeksteen het werk is. Daarnaast stellen zij dat een gedeelde, op psychologie gebaseerde benadering nodig is.

6.3. Sociotherapie en de behandeling van psychopathie

Een behandelprogramma voor patiënten met psychopathie is het *Violence Reduction Program* (VRP). In de Van der Hoevenkliniek heeft dit geleid tot de ontwikkeling van een eigen behandelprogramma, uitgevoerd in een gestructureerde therapeutische gemeenschap (Kröger & Gerearts, 2013). In dit model, waar (nog) geen effectonderzoek van lijkt te zijn, worden de principes van RNR, het GLM en de *stages of change* van Prochaska en DiClemente (1992) geïntegreerd. De sociotherapeutische aspecten die Kröger en Gerearts bespreken zijn: a) openheid in risico's en delicten ter bevordering van de veiligheid; b) transparantie en een samenwerkingsrelatie die vriendelijk, doch zakelijk, richtingwijzend en narcismesparend is. Ook wordt genoemd dat een gevarieerd en gestructureerd behandelaanbod van belang is, waarbinnen gewenst gedrag wordt beloond en ongewenst gedrag direct maar proportioneel wordt begrensd. Intensieve begeleiding voor de sociotherapeuten op de afdeling is nodig volgens hen. De rol van de sociotherapie is vooral die van sparringpartner met de patiënt.

In de in paragraaf 6.2. genoemde studie van Bowen en Mason (2012) wordt de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie met elkaar gecombineerd, als bij elkaar horend.

6.4. Sociotherapie en LVB

Van Esch (2013) beschrijft dat bij de behandeling van patiënten met een combinatie van verstandelijke beperking, risicovol gedrag en psychische stoornis rekening gehouden moet worden met het intelligentieniveau, de specifieke leer- en denkstijl, het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau, de psychische stoornis en het delictrisico. Het vroegtijdig erkennen van een licht verstandelijke beperking (LVB) is van groot belang.

In de dagelijkse begeleiding is het van belang situaties voor te structureren, uitleg te geven door voor te doen, te ondersteunen in ordenen van gedachten en het leermateriaal stapsgewijs aan te bieden.

In de bestudeerde internationale literatuur voor dit onderzoek, komt het thema verstandelijke beperking niet expliciet aan bod.

6.5. Sociotherapie en autismespectrumstoornissen

In een publicatie voor het wetenschappelijk tijdschrift *autisme* schrijven Bartels & Timmer (2006), dat FPC de Mesdag een afdeling heeft ingericht voor patiënten met ASS. Er worden geen resultaten van onderzoek naar de werkzaamheid besproken. Wel beschrijven zij dat patiënten positief over hun verblijf op de afdeling rapporteren en zij

hun diagnose makkelijker accepteren. Er wordt gewerkt met het Sociaal Competentie Model dat is gericht op het aanleren van de sociale vaardigheden die de patiënt niet heeft geleerd en waarvan het ontbreken mede heeft geleid tot delinquentie (Bartels, 2001). Blijd (2008) stelt dat iteratieve en interactieve psycho-educatie (wat vaak wordt gegeven door getrainde sociotherapeuten – de auteur) van belang is in de behandeling van patiënten met ASS.

6.6. Sociotherapie en zedendaders

Het Good Lives Model (GLM) is een veelgebruikt model voor seksuele delinquenten. Bij deze interventie wordt een specifiek behandelplan opgesteld, die bestaat uit zes fasen (Pomp, 2009). In de aanwezige literatuur zijn geen specifieke aanwijzingen of veronderstelde manieren van werken gevonden betreffende de sociotherapie.

De overige in dit onderzoek geïncludeerde literatuur leverde met betrekking tot sociotherapie voor zedendaders geen specifieke andere interventies op. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat ze niet bestaan. Binnen de reikwijdte van dit onderzoek zijn ze niet gevonden.

7. De betekenis van de forensische context voor de rol, vaardigheden en attitude van de sociotherapeut

7.1. De forensische context

De gedwongen opname in de forensische psychiatrie, met mede als doel het beschermen van de veiligheid van anderen (Martin *et al.*, 2013; DJI, 2015), brengt een dynamiek met zich mee die betekenis heeft voor de rol, vaardigheden en attitude van de sociotherapeut. De culturele (instellings)dynamiek zou analoog aan Chandley *et al.* (2014) als volgt beschreven kunnen worden. Het gegeven dat niet alleen sprake is van een stoornis, maar ook van gevaar voor anderen als gevolg hiervan, maakt dat publieke veiligheid (bescherming van de samenleving, DJI 2015) en therapeutische betrokkenheid hand in hand moeten gaan. Meestal direct vanuit detentie opgenomen wordt je in de kliniek 'geïdentificeerd' als patiënt. Dat betekent voor een langere periode leven en daarmee gesocialiseerd worden in een instellingscultuur met eigen regels, patronen en processen om voort te bestaan, die soms lijken op die van een totale institutie. Dit kan een bron van onenigheid en weerstand opleveren, die dan vaak op de afdeling zichtbaar wordt. Bij het werken in de forensische zorg levert dit de *therapy/security paradox* (Inglis, 2010) op: de moeilijkheden in de samenwerking tussen medewerkers en patiënten die gebaseerd is op de noodzaak om risico te managen terwijl je ondertussen een niet-oordelende en empathische relatie moet opbouwen en onderhouden. In paragraaf 4.1.2. van dit onderzoek is geschetst wat de betekenis van deze paradox is voor de therapeutische relatie.

Het is, blijkens deze review van de literatuur, de specifieke forensische context die maakt dat er toegevoegde elementen zijn, of zouden moeten zijn, in de rol van sociotherapeuten (vergeleken met niet-forensische sociotherapie/verpleegkunde).

7.2. De rol van de forensische sociotherapeut

Over de specifieke implicaties van de forensische context voor de rol van sociotherapeuten wordt door auteurs verschillend, zowel op inhoud als abstractieniveau, geschreven.

Inglis (2010:32) gebruikt overstijgende terminologie bij het beschrijven van wat de forensische rol extra inhoudt:

- Individuen beschermen;
- Het ondersteunen van individuen in het omgaan met verlies (van vrijheid, van familie, etc.);
- Een effectieve fysieke, sociale en emotionele omgeving creëren;
- Fysiek interveniëren om risico te beperken;
- Opbouwen en onderhouden van relaties met patiënten om de therapeutische doelen van de patiënten te versterken.

Martin (2001) beschrijft, gebaseerd op Carton, de forensische rol in een soort van gelaagdheid. De therapeutische rol is 'in staat zijn om *trusting relationships* op te bouwen om van daaruit risico te managen, interventies te ontwikkelen die moeilijk verstaanbaar of probleemgedrag het hoofd bieden en de effectiviteit van de interventies te evalueren. Ook Timmons (2010) neemt dit als uitgangspunt.

Tenkanen *et al.* (2011) zijn in hun studie naar kerncompetenties van *forensic psychiatric nursing* in Finland iets concreter over de specifieke toegevoegde rol in forensisch werken.

Het zijn risicomangement, het voorkomen van gevaarlijk gedrag, het minimaliseren van dwangmaatregelen in de behandeling en *violent incident debriefing*, het reconstrueren en nabespreken van incidenten, die om gespecialiseerde kennis en vaardigheden vragen. Martin (2001) stelt dat forensisch verpleegkundigen binnen de context van psychiatrische ziekte ook het bespreken van het probleemgedrag of –gebieden niet kunnen vermijden. Samennemend kan op basis van voorgaande gesteld worden dat de rol van de forensisch sociotherapeut bestaat uit het aangaan van individuele relaties op basis van vertrouwen *van waaruit* zowel ondersteunend, versterkend en herstelgericht gewerkt wordt, en (intensieve) aandacht is voor moeilijk verstaanbaar gedrag en risicomangement.

7.3. De betekenis van de rol voor kennis, vaardigheden en attitude

Diverse auteurs geven aan wat deze rol aan kennis, vaardigheden en attitude vraagt. Deze overzichten zijn niet uitputtend, maar bedoeld om een idee te krijgen over de manier waarop hier in de literatuur over geschreven wordt.

7.3.1. Kennis

In hun studie naar de roldimensies van forensisch psychiatrische verpleegkunde, kwamen Mason *et al.* (2008) tot een aantal vereiste aspecten van kennis, vaardigheden en attitude (volgens forensisch verpleegkundigen zelf)⁸. Het hebben van klinische kennis (niet nader gespecificeerd) en het hebben van kennis over probleemgedrag komen als belangrijk naar voren. Dit laatste punt werd in 2006 ook door Bowring-Lossock beschreven. Zij beschreef nog andere kenniselementen: kennis hebben van het rechtssysteem; weten hoe *public attitudes* werken; kennis hebben van probleemgedrag; van wetgeving; van ethiek en begrijpen wat de betekenis is van controle binnen de beveiligde omgeving.

7.3.2. Vaardigheden

Bowring-Lossock beschrijft in 2006 de volgende benodigde vaardigheden: risico-assessment en –management kunnen uitvoeren; therapie kunnen geven; verslag kunnen leggen en een therapeutische relatie kunnen vormgeven en onderhouden. Deze aspecten worden in 2010 door Timmons onderschreven. Daarnaast stelt hij dat het van belang is om herstel en mensenrechten te ondersteunen. De relevante vaardigheden die uit het onderzoek van Mason *et al.* (2008) naar voren komen zijn: om kunnen gaan met persoonlijkheidsstoornissen; kunnen luisteren; vertrouwen in eigen kunnen (*confidence*); het hebben van communicatievaardigheden en multidisciplinair kunnen samenwerken.

Shelton (2009) schetst vijf vaardigheidensets in *forensic nursing*:

- Het vertegenwoordigen en implementeren van principes die leiden tot een hoge kwaliteit en praktijk;
- Het beoordelen, ontwikkelen, implementeren en verbeteren van zorgprogramma's voor individuele patiënten;
- Het creëren en onderhouden van omgevingen en relaties met individuen die waardering voor de persoon uitdrukken en het therapeutisch doel van die persoon ondersteunen;
- Het realiseren en verbeteren van bronnen en diensten die het functioneren van de organisatie faciliteren;
- Het ontwikkelen van kennis, vaardigheden en praktijken van zichzelf en anderen.

⁸ In de studie van Mason wordt alles weggezet onder 'skills', ik maak hier het in ons onderwijs bekende onderscheid tussen kennis, vaardigheden en attitude.

7.3.3. Attitude

De juiste attitude van sociotherapeuten en verpleegkundigen is belangrijk. Attitudes kunnen namelijk ook een belemmering zijn voor het vormen van therapeutische relaties en kunnen leiden tot verwijdering van de patiënt (Martin, 2001; Gillespie & Flowers, 2009).

Mason *et al.* (2008) stellen dat een niet oordelende houding, empathie en geduld belangrijke aspecten in de houding zijn. Meerdere auteurs (Mason *et al.*, 2008; Martin *et al.*, 2013; Inglis, 2010) wijzen op het belang van persoonlijke eigenschappen. Humor wordt genoemd als belangrijk (Mason *et al.*, 2008; Inglis, 2010), maar ook warmte, compassie, eerlijkheid, plezier en 'goed doen voor anderen' (Bjorkstrom *et al.*, 2006; Inglis 2010).

7.4. Forensische standaarden voor sociotherapeuten

Op basis van de relevante literatuur op dit gebied⁹ en gefundeerd op eigen ervaringen, hebben Martin *et al.*, (2013) een set praktijkstandaarden ontwikkeld voor FMHN's. De standaarden vertegenwoordigen de kern van de kennis, vaardigheden en attitudes van FMHN's. Alhoewel ze in praktijk gebruikt worden (voor het ontwikkelen van scholing, het maken van functieprofielen en het begeleiden van praktijken) zijn ze nog niet geëvalueerd.

De zestien standaarden zijn¹⁰:

1. Structure the treatment environment to integrate security with therapeutic goals.
2. Apply knowledge of the legal framework to service delivery and individual care.
3. Conduct forensic mental health nursing practice ethically.
4. Practice within an interdisciplinary team that may include criminal justice staff.
5. Establish, maintain and terminate therapeutic relationships with forensic service patients using the nursing process.
6. Integrate assessment and management of offense issues into nursing care processes.
7. Assess for the impact of trauma and engage in strategies to minimise the effects of trauma.
8. Assess and manage risk potential of service patients.
9. Manage the containment and transition process of forensic service patients.
10. Promote optimal physical health of forensic service patients.
11. Minimize potential harm from substance use by forensic service patients.
12. Practice respectfully with families/carers of forensic service patients.
13. Advocate for the mental health needs of forensic service patients in a prison or police custodial setting.
14. Support and encourage optimal functioning of forensic patients in long-term care.
15. Demonstrate professional integrity in response to challenging behaviors.
16. Engage in strategies that minimize the experience of stigma and discrimination of forensic service patients.

De auteurs eindigen met de conclusie dat deze standaarden kunnen helpen om te herkennen wat forensische verpleegkunde/sociotherapie méér is dan '*simply practicing*

⁹ Die overigens ook voor dit onderzoek gebruikt is, op gebied van de internationale literatuur komen de referenties behoorlijk overeen: dit is kennelijk de vijver waar op dit moment in het vakgebied uit gevist wordt.

¹⁰ Om interpretatie- en vertaalfouten te voorkomen, besluit ik de standaarden over te nemen in de taal waarin ze geschreven zijn: Australisch Engels.

mental health nursing in a forensic context' (Martin *et al.*, 2013:176). Het is van belang dat er een praktijk ontstaat/is die ruimte biedt aan het uitvoeren van de essentie van het sociotherapeutische vak, de eisen van het juridische kader, de verwachtingen van de gemeenschap en in het bijzonder de noden van de patiënt.

7.5. Tot slot: kunnen we uit de literatuur iets concluderen over 'de ideale rol'?

Het is de vraag of bovenstaande nu leidt tot een duidelijk beeld over 'de ideale rol' van de sociotherapeut. Functie, vaardigheden en houding lopen veelal door elkaar. Maar dit kunnen we wel zeggen. De *therapy/security* paradox is onvermijdelijk aanwezig in het sociotherapeutisch werk in de forensische psychiatrie. Maar deze paradox hoeft geen kloof te worden. Als de sociotherapeut in bezit is van *up-to-date* kennis, relaties kan vormgeven en onderhouden, een niet-oordelende, empathische, geduldige houding heeft waarmee hij kan luisteren en kan aansluiten en wanneer hij zichzelf kent, dat inzet en ook nog een beetje een prettig mens is (humor, warmte, compassie, eerlijkheid), dan is die paradox wel te hanteren. En, blijkens de zestien standaarden, doen we het werk tekort als we benadrukken dat 'het bijzondere' van het werk alleen in die paradox zit. De rol van de sociotherapeut in de forensische psychiatrie is het 24/7 ondersteunen van de patiënt, met zijn bijzondere kenmerken, zorgbehoeften en forensische '*needs*'. De hiervoor geschetste houding lijkt daarbij behulpzaam te zijn.

8. Organisatorische voorwaarden

In dit laatste hoofdstuk zal ingegaan worden op de vraag wat er in de bestudeerde literatuur¹¹ genoemd wordt over relevante organisatorische voorwaarden (wat is er nodig in de organisatie?) om sociotherapie goed (of effectief) te kunnen bedrijven. De rol van de medewerkers (sociotherapeuten) zelf komt hiermee niet meer expliciet aan de orde. Dit is, door de indeling van deze studie, in eerdere hoofdstukken aan de orde gekomen.

In hun 'werken in een therapeutisch milieu' wijden Janzing en Kerstens een krappe twee pagina's aan het zorgmanagement. Zij stellen daarin dat het gaat om "toezicht houden op zowel hoe de behandeling wordt georganiseerd als hoe die wordt uitgevoerd" (2012:234). Het 'scheppen van voorwaarden' (welke blijven onbenoemd – PS), het 'superviseren van medewerkers', het 'zijn van een vraagbaak' en het 'toezien op het verloop van de werkzaamheden conform afspraken' worden door hen beschreven als de kernopdracht van de zorgmanager.

Het RNR-model van Andrews & Bonta (2010) geeft als laatste (vijftiende) principe 'management' aan. In dat principe stellen zij (onder andere) dat het systeem en de cultuur ondersteunend moet zijn aan (en gericht moet zijn op) effectieve praktijken en continuïteit van zorg. Selectie en scholing (in lijn van de principes van hun model) en klinische begeleiding worden door hen ook als belangrijk aspect genoemd.

Deze klinische begeleiding, die ook Janzing en Kerstens al (met andere woorden) noemden, wordt door meer auteurs benadrukt. Gillespie & Flowers (2009) geven in hun onderzoek weer dat de begeleiding van medewerkers (ook) noodzakelijk is om een therapeutisch ethos te bevorderen. Van Velzen (2013) stelt dat leidinggevenden zeer van belang zijn om het verschil tussen een gezond en ziekmakend leefklimaat te bepalen. Ondersteunend leiderschap is daarbij nodig en dat bestaat, zo bleek uit zijn onderzoek, uit vier competenties: makelen (het overbruggen van belangentegenstellingen); positioneren (informatie in aansluiting op anderen over kunnen brengen); alertheid (omgevings- en processensitief zijn) en zelfverzorging (feedback en aandacht voor het eigen functioneren).

Een relevante organisatorische voorwaarde voor sociotherapie lijkt de ondersteuning van reflexiviteit van het team te zijn. Uit een studie van Boumans *et al.* (2012) bleek namelijk dat contextuele factoren, zoals de reflexiviteit van het team en de cultuur invloed hebben op de besluitvorming rond afzondering van patiënten (naast dat ook *interpersoonlijke* factoren vaak een rol spelen). Maguire *et al.* (2012) benoemen in dit kader dat het zeer belangrijk is dat de manier van leiderschap gericht moet zijn op ondersteuning en organisatieverandering.

Het werkklimaat (meetbaar met behulp van de 'Living Group Work Climate Inventory' (LGWCI, van Miert & Dekker, 2012) levert op meerdere manieren een bijdrage aan het welzijn van de medewerkers en daarmee aan een open, therapeutisch leefklimaat. Een open en flexibele arbeidscultuur, gedeelde visie, positief teamfunctioneren en inspirerend leiderschap zijn bepalend gebleken voor de werkomgeving van de medewerkers en daarmee indirect voor de sfeer op de afdeling.

¹¹Graag benadruk ik op deze plek dat er voor dit hoofdstuk niet buiten de geïncludeerde literatuur is gezocht, waar naar verwachting een veel beter, nauwgezetter, preciezer, vollediger antwoord op deze deelvraag te vinden zou zijn.

Het belang van het ondersteunen van herstel kwam al aan de orde in paragraaf 4.4. Herstelondersteunend behandelen heeft ook implicaties voor de organisatie van de zorg (Couwenbergh & van Weeghel, 2014). Het Trimbos-instituut heeft een van oorsprong Amerikaans instrument, de Recovery Oriented Practices Index (ROPI) vertaald en bewerkt. De ROPI is bedoeld als procesmeting en is ontwikkeld om in kaart te kunnen brengen in welke mate een team herstel hanteert als leidend principe in de begeleiding en bejegening en hoe dit concreet zichtbaar wordt. De uitkomsten kunnen een handvat bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van herstelondersteunende zorg (Hendriksen-Favier *et al.*, 2010:3).

9. Conclusie en beperkingen

9.1. Conclusie

Dit onderzoek heeft gepoogd antwoord te geven op de vraag wat er uit de literatuur bekend is met betrekking tot de werkzame elementen van forensische sociotherapie.

Internationaal is forensische sociotherapie (*forensic mental health nursing*) een nadrukkelijk aanwezige discipline, die zich probeert te onderscheiden van *mental health nursing* in zijn algemeenheid door onderzoek te doen naar de specifieke taken en bijzonderheden van het werkgebied. Het belang van de therapeutische relatie blijft echter bij elke discipline de hoeksteen van het werk en is (mede) daarom ook opgenomen als het eerste werkzame element bij (forensische) sociotherapie. Andere gevonden elementen in de literatuur die kunnen bijdragen aan een positieve behandeluitkomst zijn afdelingskenmerken, dagbesteding en werken vanuit herstelconcepten. Een (groot) deel van deze elementen komt terug in de PGCI, de leefklimaatvragenlijst (van der Helm, 2011a).

Er zijn diverse algemene forensische behandelmodellen ontwikkeld in de afgelopen decennia (RNR en GLM). De rol van sociotherapie komt daarin niet expliciet aan bod. Specifieke modellen gericht op sociotherapie zijn beperkt gevonden. Het HHCM en de IRB worden in dit onderzoek beschreven, waarbij het HHCM vooral de mogelijkheid biedt om het vak gestructureerd te benaderen. De waarde of het effect voor patiënten is onduidelijk. Met betrekking tot de IRB is uit onderzoek gebleken dat dit model bijdraagt aan relevante rehabilitatiedoelstellingen.

Voor specifieke populaties wordt ook onderzocht en in de literatuur beschreven wat de juiste manier van begeleiden zou moeten zijn. Ook hierbij valt op dat dit weinig concreet tot op het handelingsniveau van de sociotherapeut beschreven wordt, met uitzondering van de groep psychotische stoornissen, waarbij de MDRS leidende principes voor de verpleegkunde formuleert.

In de internationale literatuur zijn veel studies te vinden over de kennis, vaardigheden en attitude die forensische verpleegkundigen zouden moeten hebben. In de verantwoording hiervan wordt vooral de *therapy/security* paradox aangehaald (en niet wat nodig is om deze groep patiënten verder te helpen). *Up-to-date* kennis, relaties van vormgeven en onderhouden en een niet-oordelende, empathische, geduldige houding lijken belangrijk.

Als het gaat over organisatorische voorwaarden wordt in de literatuur vooral het belang van een bepaalde manier van leidinggeven (ondersteunend en inspirerend) benoemd.

9.2. Beperkingen van deze studie

Dit onderzoek is uitgevoerd met beperkte middelen en in een beperkte tijd, maar dat is niet de enige beperking van deze studie. Er is een enorme hoeveelheid literatuur beschikbaar en het niet includeren van bepaalde criteria betekent dus onvermijdelijk het (nu) niet toegankelijk maken van potentieel relevant materiaal. Ook gedurende het onderzoek zijn hierin keuzes gemaakt: er is een schat aan informatie over bijvoorbeeld *de-escalating* en *limit setting*, gepresenteerd in de literatuur als 'interventies' die

gebruikt worden door sociotherapeuten. Er is gekozen om dit soort 'technieken' of vaardigheden van sociotherapeuten (waar er natuurlijk veel meer van zijn, bijvoorbeeld motiverende gespreksvoering) niet in dit onderzoek mee te nemen. Daarbij volgt deze studie (door haar doel- en vraagstelling) de lijn van het wetenschappelijk discours van deze tijd (om kort te gaan: 'meten is weten'). Daardoor blijft ook een deel niet besproken, namelijk het deel dat nauwelijks of niet te meten is, maar wel tot de werkelijkheid van het werk behoort. Dat wat hier niet staat is er natuurlijk wel – en was met een andere onderzoeksvraag misschien wel aan de orde gekomen. Daar zal verder onderzoek voor nodig zijn.

10. Aanbevelingen aan KFZ voor vervolg

Op basis van deze literatuurstudie en de expertmeeting adviseer ik KFZ op gebied van forensische sociotherapie niet enkelvoudig het spoor van 'meten is weten' te volgen. Als sociotherapeuten, zoals onderzoekster eind jaren '80 leerde in haar opleiding, 'hun eigen instrument zijn', dan vraagt dat niet alleen richting, maar ook ruimte.

Aanbeveling 1

Dat je daarbij de technieken en/of competenties inzet die de ander het meest helpen en dat je dat doet vanuit (de) werkzame principes, is logisch. Dat is daarmee echter niet zomaar geregeld. Er zijn instrumenten die kunnen helpen in het ontwikkelen hiervan, bijvoorbeeld de PGI. Dat betekent niet alleen iets voor (het werk van) de sociotherapeut, het betekent ook iets voor de organisatie (van het werk). Het is het overwegen waard om hier middels een *call* richting aan te geven, zodat er handvatten komen voor instellingen en er 'met dezelfde maat gemeten wordt'. Het leefklimaat meten (en indien nodig verbeteren, verder ontwikkelen) kan een kwaliteitsimpuls geven aan de forensische sociotherapie.

Aanbeveling 2

Maar er is nog iets anders. De waarde van sociotherapie lijkt al meer dan een halve eeuw lang even belangrijk als ingewikkeld te definiëren. Het is geen uitgeschreven interventie en dat kan het, met als centrale waarde de therapeutische relatie tussen unieke personen in een dynamische en voortdurend wisselende omgeving die er 24 uur per dag is, wellicht ook niet worden. Dat betekent niet dat sociotherapie daarmee niets waard is. Als het 'het cement in de behandeling is' (vrij naar de Weerd *et al.*, 2013), moet daar toch een A-merk van gemaakt worden: moet het belang van sociotherapie op een andere manier op de agenda komen. Dat komt patiënten, werkers en organisatie (van zorg) ten goede. Het zou daarbij niet (alleen) moeten gaan over wat sociotherapeuten doen. Die lijn is de afgelopen jaren namelijk wel al ingezet. Het zou nu relevant kunnen zijn om op zoek te gaan naar de leidende principes in de forensische sociotherapie (en de forensische sociotherapeutische relatie) en daarmee naar de centrale waarden. In de internationale literatuur zie je dit ook ontstaan: bijvoorbeeld het traject om te komen tot praktijkstandaarden (Martin *et al.*, 2013).

Het creëren/vormen van die leidende principes en waarden ('wat is de kern van het werk, waarom draait het vak, welke uitgangspunten zijn universeel') en de betekenis hiervan voor de implementatie (anders denken impliceert anders doen) kan KFZ middels een *call* faciliteren. Dit levert niet alleen een toegevoegde waarde (en mogelijk versterking van de beroepsidentiteit) op voor sociotherapeuten, maar is van belang voor de gehele forensische zorg, waar het 24/7 begeleiden van de patiënten een onderdeel is, waar men niet zonder kan (en zou willen kunnen).

Een waardentraject dus, onderbouwd met theorie én wetenschappelijk, om de gemeenschappelijke kwaliteit van de forensische sociotherapeutische zorg (nog) beter geëxpliciteerd, uitgewerkt, in de vingers en in de praktijk gebracht te krijgen.

Aanbeveling 3

Op basis van deze leidende principes kan vervolgens onderzocht worden wat dit betekent in specifieke context. Beïnvloedende factoren bij sociotherapie zijn de zorgrelatie ('*it takes two to tango*'), de omgeving, de eventuele specifieke patiëntfactoren (bv op gebied van problematiek). Hoe krijgen de leidende principes vorm in een specifieke omgeving? (Bijvoorbeeld als met noodgedwongen te maken heeft met een component 'extra

beveiliging'? Of als er sprake is van individuele behandeling? Of als de gebouwelijke omstandigheden meer nadelen dan voordelen brengen?) Hoe kunnen de leidende principes goed vertaald worden naar individuele problematiek (bijvoorbeeld ASS, LVB, persoonlijkheidsproblematiek)? KFZ kan overwegen ook deze vragen in een *call* uit te zetten.

Referenties

- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010) (5th edition). *The psychology of criminal conduct*. New Providence: Anderson publishing.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. DOI: 10.1177/0093854811406356
- Anthony, W. (2003). Studying evidence-based processes not practices. *Psychiatric Services*, 54(1), 7.
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Den Haag, Boom Lemma Uitgevers.
- Bartels, A. (2001). Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel. *Kind en Adolescent*, 22, p. 211-226.
- Bartels, A. & Timmer, J. (2006). Forensische aspecten van diagnostiek en behandeling van mensen met ASS. *Wetenschappelijk tijdschrift autisme*. 1, 26-35.
- Bjorkstrom, M.E., Johansson, I.S. & Athlin, E.E. (2006). Is the humanistic view of the nurse role still alive – in spite of an academic education? *Journal of advanced Nursing*, 54(4), 502-510.
- Blyd, C.J.M. (2008). Impact van autismespectrumstoornissen bij diagnostiek en behandeling van forensische adolescenten. Geraadpleegd 14 december 2014.
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/issues/259/articles/6308>.
- Boumans, C.E., Egger, J.I.M., Souren, P.M., Mann-Poll, P.S. & Hutschemaekers, G.J.M. (2012). Nurses' decision on seclusion: patient characteristics, contextual factors and reflexivity in teams. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 264-270.
- Bowen, T. & Mason, T. (2012). Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3556-3564.
- Bowring-Lossock, E. (2006). The forensic mental health nurse – A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 780-785.
- Brunt, D. & Rask, M. (2007). Ward atmosphere – de scarlet pimperl of psychiatric settings? *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 639-655.
- Byrt, R. (2013). Forensic Nursing Interventions With Patients With Personality Disorder: A Holistic Approach. *Journal of Forensic Nursing*, 9(3), 182-188.
- Chandley, M., Cormar-Hayes, M., Mercer, D., Clancy, B., Wilkie, I. & Thorpe, G. (2014). The development of recovery based nursing in a high-security hospital: nurturance and safe spaces in a dangerous world? *Mental Health and Social Inclusion*, 18(4), 203-214. DOI: 10.1108/MHSI-08-2014-0024
- Coffey, M. (2006). Researching service user views in forensic mental health: A literature review. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(1), 73-107.
- Couwenbergh, C. & van Weeghel, J. (2014). *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling*,

begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychiatrische aandoeningen. Utrecht: kenniscentrum Phrenos.

de Weerd, D., Slaa, S. & Muste, E. (2013). *Handboek sociotherapie*. Amsterdam: SWP.

Dienst Justitiële inrichtingen (2014).

<http://www.forensischezorg.nl/balans-tussen-straft-en-zorg>, geraadpleegd 25 november 2014.

<http://www.forensischezorg.nl/balans-tussen-straft-en-zorg/voor-wie-en-wanneer>, geraadpleegd 10 december 2014.

Dienst Justitiële inrichtingen (2015).

<http://www.forensischezorg.nl/meer-veiligheid-door-minder-recidive>, geraadpleegd 9 juni 2015.

Doyle, M. & Jones, P. (2013). Hodges' Health Career Model and its role and potential application in forensic mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 631-640.

Droës J.& Witsenburg, C. (2012). *Herstelondersteunende zorg. Behandeling, rehabilitatie en ervaringsdeskundigheid als hulp bij herstel van psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.

Eklund, M. (2009). Work Status, Daily Activities and Quality of Life among People with Severe Mental Illness. *Quality of Life Research*, 18(2), 163-170.

EFP. (2014). *Psychotische stoornissen. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen*. Geraadpleegd 14 december 2014.

http://www.efp.nl/web/images/uploads/publicaties/ZP_psychotische_stoornissen_versie_2.1.pdf.

Farnworth, L., Nikitin, L. & Fossey, E. (2004). Being in a Secure Forensic Psychiatric Unit: Every Day is the Same, Killing Time or Making the Most of It. *The British Journal of Occupational Therapy*, 67 (10), 430-438.

Fluttert, F., Zuiderhof, J. Adema, J. & Vos, A. (2013). Bespiegelingen sociotherapie in het forensische veld. Projectgroep KFZ verkenning calls sociotherapie.

<http://www.kfz.nl/projecten/resultaten>

Gildberg, F.A., Elverdam, B. & Hounsgaard, L. (2010). Forensic psychiatric nursing: a literature review and thematic analyses of staff-patient interaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 359-368.

Gildberg, F.A., Bradley, S.K., Fristed, P. & Hounsgaard, L. (2012). Reconstructing normality: Characteristics of staff interactions with forensic mental health inpatients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, 103-113.

Gildberg, F.A., Bradley, S.K. & Hounsgaard, L. (2013). Comparing the Obvious: Interactional Characteristics of Staff in Acute Mental Health Nursing and Forensic Psychiatric Nursing. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12, 205-214.

Gillespie, M. & Flowers, P. (2009). From the old to the new: Is forensic mental health nursing in transition? *Journal of forensic nursing*, 5, 212-219.

Hammer, R. (2000). Caring in forensic nursing. Expanding the holistic model. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38, 18-24.

- Hendriksen-Favier, A., van Rooijen, S. & Rijkaart, A-M. (2010). Handreiking ROPI. Recovery Oriented Practices Index. Index voor een herstelgerichte ggz. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Hörberg, U., Sjögren, R. & Dahlberg, K. To Be Strategically Struggling against Resignation: The Lived Experience of Being Cared for in Forensic Psychiatric Care. (2012). *Issues in Mental Health Nursing*, 33, 743-751.
- Inglis, P.A. (2010). Therapeutic characteristics of nursing staff in a medium secure setting. *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1(2) 30-46. DOI: 10.5042/jldob.2010.0418
- Janzing C. & Kerstens J. (2012) (zesde druk). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Jongerius, P.J. (1963). *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Assen: Van Gorcum & comp.
- Kent-Wilkinson, A.E. (2010). Forensic Psychiatric/Mental Health Nursing: Responsive to Social Need. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 425-431.
- Knabb, J.J., Welsh, R.L. & Graham-Howard, M.L. (2011). Treatment alternatives for mentally disordered offenders: a literature review. *Psychology*, 2(2), 122-131.
- Kluft, M. & van de Haterd, J. (2010). *Sociotherapeut in de forensische zorg*. Utrecht: Movisie.
- Korevaar, L., Dröes, J. & van Wel, T. (2010) *Methodebeschrijving Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB)*. Databank Effectieve sociale interventies: Movisie.
- Kröger, U. & Geraerts, R. (2013). Behandeling van psychopathie in een sociotherapeutisch milieu. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 200-209). Amsterdam: SWP.
- Lammie, C., Harrison, T.E., Macmahon, K. & Knifton, L. (2010). Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 706-714.
- Maguire, T., Young, R. & Martin, T. Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 97-106.
- Martin, T. (2001). Something special: forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 25-32.
- Martin, T., Maguire, T., Quinn, C., Ryan, J., Bawden, L. & Summers, M. (2013). Standards of Practice for Forensic Mental Health Nurses – Identifying Contemporary Practice. *Journal of Forensic Nursing*, 9(3), 171-178.
- Martin, T. & Street, A.F. (2003). Exploring evidence of the therapeutic relationship in forensic psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 543-551.
- Mason, T., Lovell, A. & Coyle, D. (2008a). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: I role dimensions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 118-130.
- Mason, T., Coyle, D. & Lovell, A. (2008b). Forensic psychiatric nursing: skills and competencies: II clinical aspects. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 131-139.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Park, M. & Connally, F. Recovery-Oriented Care in a Secure

- Mental Health Setting: "Striving for a Good Life". (2014). *Journal of forensic Nursing*, 10(2), 63-69.
- McLoughlin, K.A. (2011). Is Recovery Possible in a Forensic Hospital Setting? *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 390-391.
- McLoughlin, K.A. & Geller, J.L. (2010). Interdisciplinary treatment planning in inpatient settings: From myth to model. *Psychiatric Quarterly*, 81, 263-277.
- Meehan, T., McIntosh, W. & Bergen, H. (2006). Aggressive Behaviour in the high secure forensic setting: the perceptions of patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 19-25.
- Menger, A. & van Vliet, J. (2013). De sociotherapeut, een professional. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 278-284). Amsterdam: SWP.
- Nesset, M.B., Rossberg, J.I. & Almvik, R. (2009). Can a focused staff training programme improve the ward atmosphere and patient satisfaction in a forensic psychiatric hospital? A pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 117-124.
- Norcross, J.C. & Wampold, B.E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research Conclusions and Clinical Practices. *Psychotherapy*. 48(1), 98-102.
- Nvvp. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Olofsson, B. & Norberg, A. (2001). Experiences of coercion in psychiatric care as narrated by patients nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing*, 33(1), 89-97.
- Pomp, E. (2009). Het Good Lives Model. Een literatuurstudie. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Pool, A., Mostert, H., & Schumacher, J. (2003). *De kunst van het afstemmen. Belevingsgerichte zorg: theorie en praktijk van een nieuw zorgconcept*. Utrecht: NIZW.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). The transtheoretical model of change. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Red). *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York: basis books.
- Rask, M. & Brunt, D. (2007). Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation. *Nursing Inquiry*, 14(2), 169-176.
- Rask, M. & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: A Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 323-333.
- Rask, M. & Rahm Hallberg, I. (2000). Forensic psychiatric nursing care – nurses apprehension of their responsibility and work content: a Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 163-177.
- Rask, M., Brunt, D. & Fridlund, B. (2008). Validation of the verbal and social interaction questionnaire: nurses' focus in the nurse-patient relationship in forensic nursing care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 710-716.

- Rice, M.E., Harris, G.T. & Cormier, C.A. (1992). An Evaluation of a Maximum Security Therapeutic Community for Psychopaths and Other Mentally Disordered Offenders. *Law and Human Behavior*, 16(4), 399-412.
- Riittakerttu, K-H. & Kahila, K. (2006). Forensic Psychiatric Inpatient Treatment: Creating a Therapeutic Milieu. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 459-475.
- Ros, N., van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G-J & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. DOI: 10.1080/14789949.2013.848460
- Sainsbury, L., Krishnan, G. & Evans, C. (2004). Motivating factors for male forensic patients with personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 29-38.
- Schafer, P. & Peternelj-Taylor, C. (2003). Therapeutic relationships and boundary maintenance: the perspective of forensic patients enrolled in a treatment program for violent offenders. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 605-625.
- Schaftenaar, P. (2013). Een positief leerklimaat. In: P. van der Helm, U. Kroger, P.Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 167-174). Amsterdam: SWP.
- Schubert, C.A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A. & Losoya, S.H. (2012). Perceptions of institutional Experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and behavior*, 39(1), 71-93. DOI: 10.11770093854811426710
- Shelton, D. (2009). Forensic nursing in secure environments. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 131-142. DOI: 10.1111/j.1939-3938.2009.01046.x
- Swildens, W., van Busschbach, J., Michon, H. & Kroon, H. (2007). Individuele rehabilitatiebenadering (IRB) bij ernstige psychiatrische stoornissen: effect op rehabilitatiedoelen en kwaliteit van leven. in: Schene, A., Boer, F., Jaspers, J.P.C., Sabbe., & Weeghel, J. (Red.) *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie 2007-2008* (pp. 335-353). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Tenkanen, H., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E. & Kinnunen, J (2011). Interrelationship between core interventions and core competencies of forensic psychiatric nursing in Finland. *Journal of Forensic Nursing*, 7, 32-39. DOI: 10.1111/j.1939.3938.2010.01093.x
- Timmons, D. (2010). Forensic psychiatric nursing: a description of the role of the psychiatric nurse in a high secure psychiatric facility in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 636-646.
- van der Helm, G.H.P. (2011a). *First do no harm*. Proefschrift VU Amsterdam. Amsterdam: SWP.
- van der Helm, G.H.P., Boekee, I., Stams, G.J.J.M. & Laan, P.H. van der. (2011b). Fear is the key. Keeping the delicate balance between flexibility and control in a Dutch youth prison. *Journal of Children's services*. 6, 248-263.
- van der Helm, G.H.P. & Drenth, J.D. (2013). Behandelklimaat in een forensisch psychiatrische setting. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 79-96). Amsterdam: SWP.
- van der Helm, G.H.P. & Schaftenaar, P. (2014). Eigen schuld, dikke bult? Leefklimaat en straf in de klinisch psychiatrische zorg. *Mgv*, 96(6), 28-34.

- van der Helm, G.H.P. & Stams, G-J (2013). Conflict en coping bij gedwongen residentiële behandeling. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 234-249). Amsterdam: SWP.
- van der Schaaf, P.S., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Janssen, W.A. & Noorthoorn, E.O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *BJP*, 202, 142-149.
- van der Stel, J. (2012). *Resultaten boeken: meer dan interventies*. Studierapport voor resultaten Scoren. Eigen uitgave Stichting Resultaten Scoren.
- van Esch, I. (2013). Forensisch psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke beperking. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 106-115). Amsterdam: SWP.
- van Hoof, F., van Erp, N., Boumans, J. & Muusse, C. (2014). *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid*. Themarapport. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Miert, V. S. L., & Dekker, A. L. (2012). (2e, herziene druk). Het werkklimaat van medewerkers in de gesloten jeugdzorg: de ontwikkeling en toepassing van het Living Group Work Climate Instrument. In: Van der Helm, G. H. P. & Hanrath, J. *Wat werkt binnen de gesloten Residentiële Jeugdzorg* (pp 288-303). Amsterdam: SWP.
- van Nieuwenhuizen, Ch., Bogaerts, S., de Ruijter, E.A.W., Bongers, I.L., Coppens, M & Meijers, R.A.A.C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*. WODC, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- van Outheusden, I. & Schaftenaar, P. (2013). Behandelvisie en behandelbaarheid in de forensische psychiatrie. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 210-218). Amsterdam: SWP.
- van Velzen, J. (2013). Leidt niet leiden tot meer lijden? Nut en noodzaak van ondersteunend leiderschap in forensische residentiële instellingen. In: P. van der Helm, U. Kroger, P. Schaftenaar en J. van Vliet (Red.) *Leefklimaat in de klinische forensische zorg* (pp. 295-303). Amsterdam: SWP.
- Ward, T. en Brown, M. (2004). "The Good Lives Model and Conceptual Issues in Offender Rehabilitation", *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.
- Woods, P. & Richards. D. (2003). Effectiveness of nursing interventions in people with personality disorders. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 154-172.
- World Health Organization. (2005). Mental Health Declaration for Europe: Facing the challenges, building solutions. Geraadpleegd 14 december 2014.
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/88595/E85445.pdf?ua=1