



Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen

Addendum bij het EFP-zorgprogramma voor forensisch
psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen

**Hanneke van Gestel-Timmermans
Caroline Place
Maaïke van Vugt
Sonja van Rooijen
Chijs van Nieuwenhuizen**

Colofon

Opdrachtgever

Programma Kwaliteit Forensische Zorg

Financiering

Programma Kwaliteit Forensische Zorg

Projectleiding

Prof. dr. Chijs van Nieuwenhuizen, GGzE/ Universiteit van Tilburg

Drs. Sonja van Rooijen, Trimbos-instituut

Projectuitvoering

Dr. Hanneke van Gestel-Timmermans, GGzE

Drs. Caroline Place, Trimbos-instituut

Drs. Maaïke van Vugt, Trimbos-instituut

Met dank aan:

De Woenselse Poort, Altrecht Aventurijn (FPA Roosenburg), de Forensische divisie van GGZ Noord Holland Noord, de Forensisch Psychiatrische afdeling van de Pompestichting en alle experts.

Productie

GGzE & Trimbos-instituut.

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

Een pdf-versie van het rapport is te downloaden via

<http://www.ggze.nl/professionals/wetenschappelijk-onderzoek/onderzoeksgroep-fggz>,

via <http://www.trimbos.nl/publicaties>

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

Ook op de website van de Woenselse Poort, Altrecht Aventurijn (FPA Roosenburg), de Forensische divisie van GGZ Noord Holland Noord en de Forensisch Psychiatrische afdeling van de Pompestichting kunt u het rapport vinden.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

© KFZ, maart 2015. Het intellectuele eigendom ligt bij de auteurs. De auteurs stemmen er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensisch zorgveld.

Inleiding

In opdracht van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) is een addendum Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis ontwikkeld in aanvulling op het Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (EFP, 2012). Herstel en herstelondersteunende zorg zijn inmiddels leidende principes geworden voor de GGz en verslavingszorg en deden recentelijk hun intrede in de maatschappelijke opvang en binnen de justitiële sector. Ten aanzien van de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen ontbrak echter een overzicht van effectieve herstelondersteunende interventies. In dit addendum worden alle aanbevolen herstelgerichte interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen op een rij gezet. Naast dit addendum is het rapport "Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie" opgesteld. Hierin wordt uitgebreider ingegaan op de uitvoering van het onderzoek, de bevindingen en randvoorwaarden voor herstelondersteunende zorg. In genoemd rapport is tevens een literatuurlijst opgenomen.

Herstel en herstelondersteunende zorg

Herstel is een persoonlijk en continu veranderingsproces in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen. Het gaat om het vinden van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in het leven en om het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven ondanks de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen (Anthony, 1993). Persoonlijke groei, het ontwikkelen van een positieve identiteit, hoop, empowerment en zelfstandiger functioneren, staan hierbij voorop (o.a. Corrigan e.a., 2004).

Herstelondersteunende zorg is alle zorg die gericht is op het bevorderen van het herstelproces van de patiënt. Herstelondersteunende zorg dient bij te dragen aan een waardevol leven en de vervulling van betekenisvolle rollen van de patiënt. Ondersteuning bij het algemeen functioneren en bij het functioneren in sociale en maatschappelijke rollen maakt hiervan onderdeel uit (Dröes & Plooy, 2012; Brouwers e.a., 2013). Er is aandacht voor de mogelijkheden en ontwikkeling van de patiënt op het gebied van participatie, scholing en werk. In het begeleidingsproces staan de wensen van de patiënt, de relatie met de begeleider en empowerment centraal.

Persoonlijk herstel is in essentie een hoogst persoonlijk individueel proces. Belangrijke naasten maar ook hulpverleners kunnen dit proces ondersteunen dan wel faciliteren. Persoonlijke inzet is daarbij van belang; er zijn voor iemand die worstelt in het leven. In de hulpverlening kunnen ook gerichte interventies worden ingezet. In dit kader verstaan we onder herstelondersteunende interventies werkwijzen en methoden die doelgericht en planmatig worden ingezet om iemands herstelproces te ondersteunen. Het gaat om psychosociale interventies zoals systeemgerichte interventies, inzet van ervaringsdeskundigen, lotgenotengroepen en interventies gericht op empowerment en zelfmanagement, mits deze interventies effect hebben op herstelgerichte uitkomstmaten. Onder herstelgerichte uitkomstmaten verstaan we bijvoorbeeld subjectieve uitkomstmaten zoals hoop, empowerment, self-efficacy beliefs en kwaliteit van leven, maar ook uitkomstmaten op het gebied van mentale gezondheid, sociale contacten, werk, zorggebruik etc.

Aanpak

Door middel van literatuuronderzoek, veldonderzoek en raadpleging van experts (professionals en ervaringsdeskundigen) zijn *effectieve* herstelgerichte interventies en *best practices* in kaart gebracht. Daarbij is specifiek gekeken welke effectieve herstelondersteunende interventies beschikbaar zijn voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen die: (a) empowerment en zelfmanagement stimuleren; (b) familie en sociale omgeving betrekken bij de behandeling en integratie in de samenleving; (c) gericht zijn op de woon- en werksituatie (intra- /extramuraal) en (d) gericht zijn op ervaringsdeskundigheid en lotgenotengroepen. In het onderstaande vatten we de conclusies samen.

Conclusies op basis van literatuur, veldonderzoek en expertraadpleging

Lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid

Ten aanzien van specifieke interventies voor de doelgroep, is er alleen onderzoek naar groepsinterventies gedaan, maar de evidentie daarvan is gering. Patiëntgestuurde interventies zoals 'Herstellen doe je zelf', herstelwerkgroepen en WRAP (Wellness Recovery Action Plan) komen het meest in aanmerking voor de doelgroep, maar nader onderzoek binnen de doelgroep is gewenst. De cursus 'Herstellen doe je zelf' is al voor verschillende doelgroepen onderzocht en de uitvoerbaarheid binnen psychiatrie, verslavingszorg en maatschappelijke opvang is goed. Deze cursus is dus veelbelovend voor de forensische psychiatrie en wordt bovendien hier al ingezet. Daarnaast is WRAP veelbelovend en ook hier is al ervaring mee opgedaan binnen de forensische setting. Volgens experts zijn lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid belangrijk voor herstel.

Ervaringsdeskundigheid is nog niet voldoende onderzocht, ook niet binnen de forensische psychiatrie. Binnen de algemene psychiatrie is vastgesteld dat interventies door ervaringsdeskundigen kunnen leiden tot positieve resultaten. Experts vinden eigen activiteiten door en voor patiënten belangrijk en onderstrepen het belang van een centraal punt in de organisatie om dit te organiseren (bijvoorbeeld een herstelwerkplaats). In twee organisaties zijn inmiddels ook goede ervaringen opgedaan met de inzet van ervaringsdeskundigen. In de literatuur wordt erop gewezen dat in dat geval training, supervisie en goed management voor alle betrokkenen nodig is.

Interventies gericht op werk en wonen

Op het gebied van werk en wonen blijkt uit de literatuur dat Forensisch ACT of ACT in combinatie met begeleid wonen tot goede resultaten leidt. Deze interventies werden ook door de meeste organisaties aangeboden. Op het gebied van werk leidt vooral IPS tot goede resultaten, maar nader onderzoek binnen de doelgroep is nodig. Opvallend is dat slechts twee van de vier organisaties trajectbegeleiding aanbieden. De experts vinden het belangrijk dat interventies gericht op werk en wonen al in een vroeg stadium worden aangeboden. Van de rehabilitatiegerichte benaderingen verdienen, op basis van de literatuurstudie, IRB en de Strengths-benadering (Rapp & Goscha, 2006) de voorkeur maar nader onderzoek is nodig bij de doelgroep. Binnen één organisatie wordt naar eigen zeggen met succes volgens de SRH-methodiek gewerkt.

Familie- en systeeminterventies

Ten aanzien van familie-interventies voor patiënten met een psychotische stoornis blijkt uit de literatuur dat nader onderzoek nodig is. Alleen interventies die minstens drie maanden duren worden aanbevolen. De experts vinden een systeemgerichte benadering wel noodzakelijk en alle organisaties besteden veel aandacht aan interventies gericht op het systeem of netwerk van de patiënt. Verder is Critical Time Intervention een evidence-based methode om te werken aan steunsystemen, maar deze methode is niet onderzocht voor de doelgroep.

Interventies gericht op empowerment en zelfmanagement

Onderzoek naar interventies op het gebied van empowerment en zelfmanagement is zeer schaars bij de forensische doelgroep. De experts noemden echter een aantal van deze interventies wel als belangrijkste interventies bij herstel, naast lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid. Vooral de inzet van SAPROF of START¹, agressieregulatietraining, vaardigheidstrainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie werden genoemd als belangrijke interventies die empowerment en zelfmanagement bevorderen. In de literatuur zijn positieve resultaten binnen de doelgroep gevonden ten aanzien van cognitieve gedragstherapie en sociale vaardigheidstraining. Bij de sociale vaardigheidstraining dient men er wel rekening mee te houden dat de geleerde vaardigheden niet zomaar naar de eigen leefomgeving worden getransformeerd. Ook de experts gaven aan dat de vaardigheidstrainingen ingebed moeten worden in het dagelijkse leven om er optimaal gebruik van te kunnen maken. Daarom worden vaak individuele trainingen op de afdeling georganiseerd. Ten aanzien van psycho-educatie wordt nader onderzoek bij de doelgroep aanbevolen. De experts noemden daarnaast nog mindfulness en verliesverwerking als belangrijke interventies. Van de overige interventies die in de literatuur worden genoemd, zouden WRAP en e-zelfmanagement interventies het meest in aanmerking kunnen komen voor de doelgroep, maar deze interventies zijn niet (voldoende) onderzocht voor de doelgroep.

Best practices

Naast de bovengenoemde interventies worden in de praktijk nog andere interventies toegepast, namelijk: rehabilitatiegroepen als groepsinterventies en daarnaast het opstellen van een (digitaal) herstelverhaal, dit laatste onder leiding van een ervaringsdeskundige, als individuele interventies. Verder kwam uit de literatuur nog een aantal best practices naar voren. Terugkeervoorziening 'de Sluis' en het project 'Wonen in zelfbeheer' zijn voorbeelden van projecten waarin wonen en rehabilitatie worden gecombineerd. Daarnaast zijn de internetapplicatie 'eigen regie' en het programma 'samen keuzes maken' mooie voorbeelden van zelfmanagementinterventies. In onderstaande tabellen geven we een overzicht. Meer informatie over de genoemde interventies is te vinden in het rapport "*Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen*".

¹ Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF; De Vogel e.a., 2007); Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START; Webster e.a., 2004).

Bevindingen lotgenotencontact en ervaringsdeskundigheid

Interventies aanbevolen op basis van recente literatuur (2009-2014 of eerder, indien relevant)

A. Evidence-based ²

Cliëntgestuurde interventies

- Herstellen doe je zelf (Van Gestel-Timmermans e.a., 2012); deze interventie is in Nederland het meest uitgebreid onderzocht, zowel in de psychiatrie op effectiviteit, maar ook binnen de maatschappelijke opvang en verslavingszorg op toepasbaarheid.
- HEE (Boevink e.a., 2009); onderzocht in Nederland
- WRAP (Cook e.a., 2012); wordt momenteel onderzocht in Nederland in combinatie met IPS.
- Lotgenotencontact (Castelein e.a., 2008; Rogers, 2007; Kaplan, 2011; Segal, 2011); onderzocht in Nederland voor patiënten met een psychose.
- Interactieve e-mental health interventies (Van der Krieke, 2014); onderzocht in Nederland.

De volgende evidence-based cliëntgestuurde interventies zijn in Nederland nog niet onderzocht:

- Peer support groepsinterventie ter vermindering van verslaving en criminaliteit (Rowe, 2007)
- Vet-to-vet (Resnick, 2008)
- BRIDGES (Pickett, 2012)
- Er is positief bewijs gevonden voor de inzet van ervaringsdeskundigen, maar training, supervisie en goed management is nodig voor alle betrokkenen.

B. Best evidence

Groepsinterventies

- Voor de doelgroep mensen met een psychose zijn de volgende groepsinterventies het best onderzocht: sociale vaardigheden trainingen, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie. Het gaat echter om kleinschalige studies met geringe evidentie.

Cliëntgestuurde interventies

- 'Herstellen doe je zelf' in de verslavingszorg en maatschappelijke opvang (zie boven)
- Patiëntgestuurd welzijnsprogramma gericht op empowerment en terugvalpreventie (Lucksted, 2009); in Nederland nog niet onderzocht.

² Onder evidence-based interventies worden verstaan: interventies waarvan goede of sterke aanwijzingen zijn voor effectiviteit en die bijvoorbeeld beschreven zijn in reviews, meta-analyses en grote RCTs. Onder best evidence interventies worden interventies verstaan die theoretisch goed onderbouwd en beschreven zijn en enigszins zijn onderzocht. Onder best evidence worden bijvoorbeeld ook interventies geschaard die in kleinschalige RCTs zijn onderzocht (N<100).

C. Best practice

- Applicaties voor smartphones, tablets etc. (Pandya & Myrick, 2013); in Nederland niet onderzocht

Interventies aanbevolen op basis van praktijkervaringen in Nederland

- Vrijplaats ervaringsdeskundigen (cliëntenservicepunt, herstelwerkplaats, werkgroepen, trainingen en workshops voor patiënten en familie, opstellen herstelverhalen)
- Cursus 'De weg naar herstel'
- Lotgenotengroepen voor mensen met dubbele diagnose
- Rehabilitatiegroepen

Bevindingen werk en wonen

Interventies aanbevolen op basis van recente literatuur (2009-2014 of eerder, indien relevant)

A. Evidence-based

Op het gebied van wonen

- (Forensisch) ACT (Place, 2011)
- ACT gecombineerd met Housing & Support (Nelson e.a., 2007)
- Flexibel ACT (Drukker e.a., 2013)
- Intensive casemanagement (Dieterich, 2010)
- Housing First (Kertesz, 2009; Padgett e.a., 2011)

Op het gebied van werk:

- Individual Placement and Support (Bond & Drake, 2014; Michon e.a., 2013; Michon e.a., 2014)
- Supported Employment (Marshall e.a., 2014)
- Systeemgerichte benadering (Van Gestel-Timmermans e.a., 2012)
- Supported education (Rogers e.a., 2010)
- Strengths model (Rapp & Goscha, 2006)
- Fase-specifieke behandeling gericht op werk (Marshall & Rathbone, 2011)
- Individuele Rehabilitatie Benadering (Van Wel & Landsheer, 2013; Swildens e.a., 2011)
- Werkinterventie voor forensische patiënten met verslaving (Webster, 2014)
- Workforce Development Program (Lucenti & Gorczyk, 2006)

B. Best evidence

- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH; Den Hollander & Wilken, 2011; Bitter, Tranzo, Tilburg University)

C. Best practice

- Het Clubhouse model met werk als belangrijkste rehabilitatiemethode

Interventies aanbevolen op basis van praktijkervaringen in Nederland

- Terugkeer-voorziening 'de Sluis'; een beschermend wonen project voor jongeren na detentie
- Project 'Wonen in zelfbeheer' als bijdrage aan dagbesteding van dakloze mensen.

Bevindingen familie- en systeeminterventies

Interventies aanbevolen op basis van recente literatuur (2009-2014 of eerder, indien relevant)

A. Evidence-based

- Individuele familie interventies met een duur van drie maanden tot drie jaar (Chien e.a., 2013)
- Familie groeps-interventies met een duur van drie maanden tot drie jaar (Chien e.a., 2013)
- Familie psycho-educatie en/of gedragsinterventies van ten minste 10 sessies en gedurende zes maanden (Chien e.a., 2013; Lucksted e.a., 2012)
- Familie peer support (Chien & Norman, 2009)
- Critical Time Intervention (Wolf, 2013; Tomita, 2012; Jones, 2003; Draine, 2007)

Belangrijke componenten van familie-interventies zijn: sociale ondersteuning, scholing over ziekte en behandeling, ondersteuning bij crisis en oplossingsgerichte training (Chien e.a., 2013).

B. Best evidence

N.v.t.

C. Best practice

N.v.t.

Interventies aanbevolen op basis van praktijkervaringen in Nederland

- Zorgafstemmingsgesprekken met familieleden of systeemgesprekken
- Forensische systeembegeleiders
- Opzetten dan wel versterken van netwerk rond de patiënt
- Triadekaart
- Crisis Preventie Actie Plan
- Familiedagen/ familie avonden
- Familie in de patiëntenraad/familieplatform
- Cultureel interview; culturele invloeden familie meenemen bij de behandeling

Bevindingen empowerment en zelfmanagement

Interventies aanbevolen op basis van recente literatuur (2009-2014 of eerder, indien relevant)

A. Evidence-based

- Algemeen: werken volgens stepped care, herstelondersteunend werken, presentiebenadering, Strength-based modellen (Good Lives Model), risk/needs responsivity
- Psycho-educatie (Chien e.a., 2013; Xia e.a., 2011)
- Cognitieve gedragstherapie (Kern e.a., 2009) gecombineerd met andere psychosociale interventies en cognitieve remediatie in combinatie met andere rehabilitatie-interventies (Chien e.a., 2013)
- Community Reinforcement Approach (CRA) voor patiënten met een verslaving (Roozen, 2006)
- Sociale vaardigheidstrainingen (Kern e.a., 2009; Farkas & Anthony, 2010); mits de vereiste vaardigheden voor een overkoepelend doel worden getraind
- WRAP (Cook e.a., 2012)
- E-zelfmanagement interventies; m.n. medicatiemanagement is effectief. Ook Common Ground (MacDonald-Wilson e.a., 2013)
- Shared decision making (Hamman e.a., 2006; Farkas & Anthony, 2010; Van der Krieke e.a., 2013; niet gebruiken om doelen te stellen voor rehabilitatie)
- Motiverende gesprekstechnieken (Farkas & Anthony, 2010)
- Illness Management and Recovery (Mueser e.a., 2002)

B. Best evidence

N.v.t.

C. Best practice

N.v.t.

Interventies aanbevolen op basis van praktijkervaringen in Nederland

- Inzet instrumenten als SAPROF & START (sterke kanten/beschermende factoren in kaart brengen)
- Psycho-educatie
- Eigen regie (Van Splunteren, 2013)
- Samen keuzes maken (www.ggz-nhn.nl)
- Verliesverwerking (EMDR)
- (Digitale) herstelverhalen o.l.v. ervaringsdeskundigen
- Liberman modules
- Assertiviteitstrainingen
- Agression Replacement Training Goldstein
- Goldstein sociale vaardigheidstraining
- Vaardigheidstraining t.b.v. vroegsignalering
- Delict-analyse in groepsverband
- Vaardigheidstrainingen op de afdeling
- Risicomanagement
- Mindfulness

Herstelondersteunende zorg

Succesvolle implementatie van de interventies genoemd in het voorgaande wordt bevorderd door beleid dat herstelondersteunende zorg binnen de organisatie en samenwerking met ervaringsdeskundigen stimuleert. Herstelondersteunende zorg betekent een cultuuromslag binnen de organisatie. Dit betekent bijvoorbeeld dat aan professionals en managers herstelgerichte trainingen worden aangeboden, dat sociale netwerken van de patiënt worden betrokken bij het herstelproces en dat de behandeling van het begin tot het eind gericht is op ontplooiing en ontwikkeling van de patiënt. Zoals eerder aangegeven, staan in het begeleidingsproces de wensen van de patiënt, de relatie met de begeleider en empowerment centraal.

Wensen van de patiënt

Herstelgerichte zorg is persoonsgericht, ondersteunt de sterke eigenschappen van de patiënt en is gebaseerd op samenwerking tussen patiënt en hulpverlener (Topor e.a., 2009). Er wordt ruimte voor herstel gecreëerd. De begeleiding is onderdeel van en ondersteunend aan het herstelproces; het individuele proces is leidend. De begeleider ondersteunt de patiënt zowel om zijn levensverhaal te vertellen als om zijn doelen te bepalen en sluit hierbij aan. Hoop is een voorwaarde voor herstel en de begeleider zal dus deze hoop moeten bieden om herstel mogelijk te maken.

Relatie met de begeleider

Er is aandacht voor de relatie tussen begeleider en patiënt; het gaat om partnerschap en om het nemen van gezamenlijke beslissingen. De patiënt speelt de grootst mogelijke rol bij het opstellen van doelen en bij het bepalen van de weg om die doelen te bereiken. Dit bevordert het maken van keuzes, eigen regie en empowerment (Silverstein & Bellack, 2008). Het gaat om cliëntenparticipatie op microniveau. Partnerschap is een voorwaarde om participatie mogelijk te maken (Tambuyzer, 2012). Volgens Dröes en Plooy (2012) zijn de volgende concrete kenmerken van hulpverleners belangrijk bij herstelondersteunende zorg. De hulpverlener is present³, gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze, sluit aan bij het eigen verhaal van de patiënt en erkent en stimuleert het benutten van de eigen kracht en ervaringsdeskundigheid van de patiënt. Verder stimuleert de hulpverlener de ondersteuning van de patiënt door zijn of haar steunsysteem. Tenslotte is de begeleider gericht op het vergroten van de eigen regie van de patiënt en het verlichten van het lijden.

Empowerment

Empowerment vormt volgens Van Regenmortel (2009) het kader voor de moderne zorg. Empowerment staat voor een krachtgerichte zorg, waarbij een positieve attitude van de begeleider en passende participatie van de patiënt twee basisvoorwaarden zijn. Er is sprake van een gedeelde verantwoordelijkheid tussen patiënt en begeleider. Niet de vraag, maar de *dialog* stuurt de zorg (Van Regenmortel, 2009). Empowerment is een proces dat ontstaat in interactie met anderen. Er is een faciliterend klimaat nodig om empowerment mogelijk te maken.

Een herstelondersteunende organisatie

De algemene uitgangspunten van een herstelondersteunende organisatie zijn dat wensen en behoeften van patiënten het vertrekpunt vormen. Daarnaast zijn de principes van herstel en empowerment verweven in de hele organisatie, allereerst in de visie en missie van de organisatie.

³ Zie presentiebenadering van Baart; <http://www.andriesbaart.nl/presentie/>

Visie en missie van de organisatie

- De herstellvisie is het fundament van de organisatie. Er is een cultuur van openheid, vertrouwen en ruimte voor eigen regie en zelfreflectie. Er wordt gewerkt vanuit hoop en optimisme.
- Men kent elkaars krachten en talenten en deze worden benut. Er is veel zelfsturing in teams en er zijn veel mogelijkheden om gezamenlijk beleid te bepalen. Er is aandacht voor de mens achter de medewerker.
- De organisatie is een lerende, ontwikkelingsgerichte organisatie.
- De organisatie biedt een helende omgeving, waarin iemand zich thuis kan voelen.

Patiëntenparticipatie; invloed van patiënten op zorg en beleid

- Er is cliëntenparticipatie op het niveau van het eigen begeleidingsplan en op beleidsniveau.
- Er is een infrastructuur aanwezig waarin patiënten als vanzelfsprekend invloed hebben op de zorg, direct en indirect. Patiënten worden betrokken bij beleid, bij het aannemen van nieuw personeel, etc.
- Ervaringsdeskundigen zijn in toenemende mate betaald aan het werk in alle lagen van de organisatie.

Wensen en behoeften van patiënten en eigen regie als vertrekpunt

- Bij de omslag naar herstelondersteunende zorg wordt in eerste instantie geïnvesteerd in activiteiten die ten goede komen aan patiënten. Bijvoorbeeld herstelwerkgroepen, patiëntinitiatieven en andere vormen van zelfhulp.
- Gesteund door een herstelondersteunende organisatie werken patiënten zelf aan hun herstel. Ze doen dit niet alleen, maar samen met familie, lotgenoten, hulpverleners, collega's en vrienden. Er is veel aandacht voor een stevig steunsysteem rondom de patiënt.
- Patiënten worden door het aanbod van diverse diensten (cursussen, dagbesteding en begeleiding naar werk) ondersteund in hun persoonlijk herstelproces en in het nemen van eigen regie. Het doel is dat patiënten betekenisvolle relaties hebben, wonen zoals ze wensen en het gevoel hebben dat hun leven betekenisvol is.
- Medewerkers worden gefaciliteerd (door scholing, supervisie, intervisie en coaching) om patiënten herstelondersteunende zorg te bieden in de eigen omgeving.
- Er wordt gewerkt aan een positieve omgeving voor mensen met een psychische beperking, om hen kansen te bieden een normaal bestaan op te bouwen. De herstellvisie wordt ook uitgedragen buiten de organisatie (kwartier maken).
- Er is aandacht voor (zelf)stigma en preventie, want stigma belemmert herstel.

Samenwerking

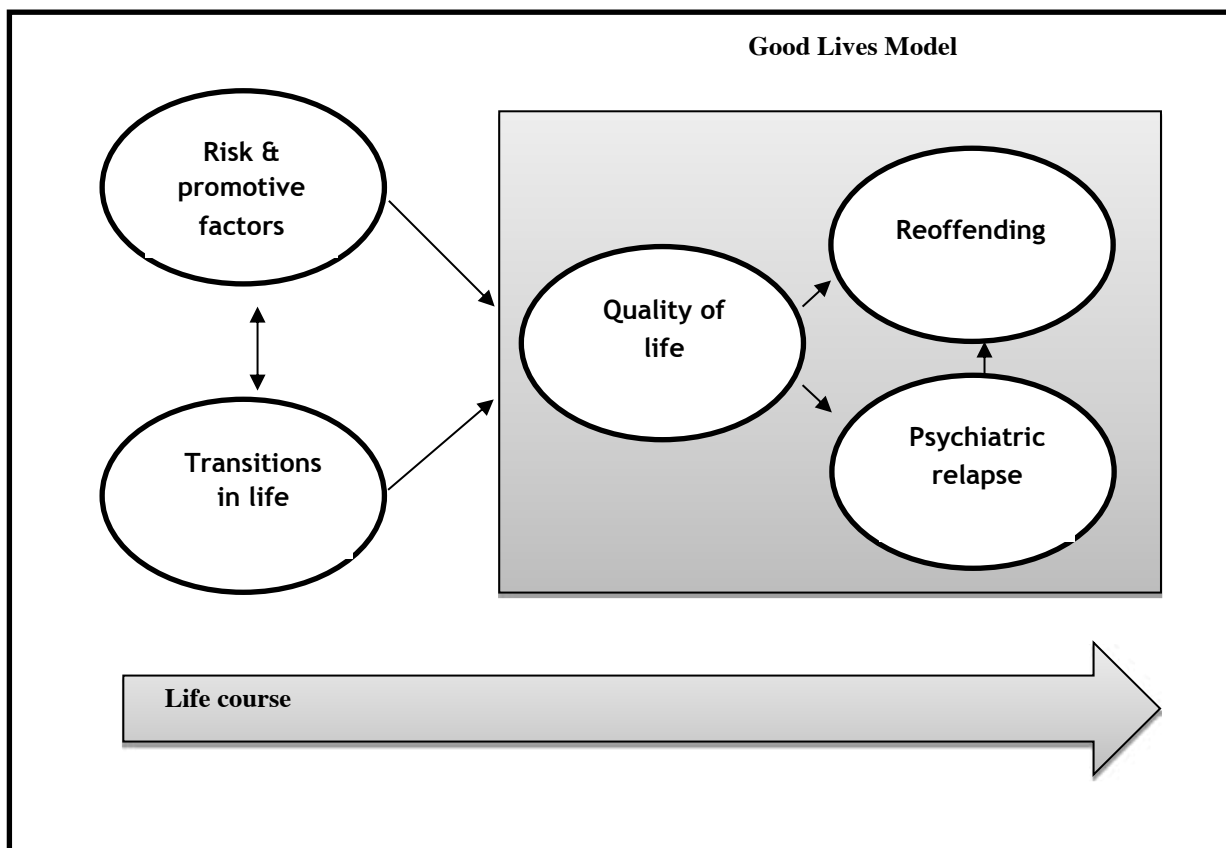
Samenwerkingsverbanden met andere organisaties en externe hulpverleners is met name van belang tijdens en voorafgaand aan de ambulante fase om continuïteit van de aangeboden zorg te kunnen waarborgen.

Belang van beschermende factoren bij herstel en risicotaxatie

Herstelondersteunende zorg kan ingezet worden om het persoonlijk herstelproces van patiënten te bevorderen. Daarbij is het tevens van belang om de risico's van een patiënt duidelijk te maken en beschermende factoren te identificeren en te versterken die een buffer zijn voor de gesignaleerde risico's. De focus op beschermende factoren naast risico's bevordert juist de preventie van geweld, risicomanagement en reductie van schadelijke gevolgen (Simpson, 2011). Er is echter geen theoretisch model voor het werkveld in de forensische psychiatrie, waarbij herstelgericht werken gecombineerd wordt met risicotaxatie. Robertson (2011) beschrijft drie rehabilitatiebenaderingen binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg; het risk/needs responsivity model, therapeutische modellen gericht op psychopathologie en strength-based modellen. Het Good Lives Model, als strength-based model, bleek praktische en theoretische voordelen te hebben in vergelijking met de andere twee benaderingen. Het risk/needs responsivity (RNR) model is met name gericht op risicomanagement. Volgens Ward en Maruna (2007) houdt het RNR-model onvoldoende rekening met de bijdrage van sociale en culturele factoren aan risico's. De therapeutische modellen gericht op psychopathologie zijn gebaseerd op het medische model. Dat wil zeggen dat de behandeling gericht is op verlichting van symptomen en psychische beperkingen en het verbeteren van iemands psychisch en sociaal functioneren. Het Good Lives Model (GLM) daarentegen is een strength-based, patiëntgerichte en herstelgerichte benadering die zowel risicofactoren als rehabilitatie doelen combineert (Robertson, 2011).

Vanuit het perspectief van het GLM dient de behandeling zich enerzijds te focussen op het identificeren van belemmeringen tot een evenwichtig, bevredigend leven en anderzijds op het uitrusten van de patiënt met vaardigheden, waarden, overtuigingen en ondersteuning om hierop meer invloed te krijgen. Eigen regie en persoonlijke identiteit zijn belangrijk binnen het GLM (Ward & Brown, 2004). Het model gaat er vanuit dat door het verbeteren van vaardigheden en persoonlijke capaciteiten de kwaliteit van leven toeneemt, waardoor tijdens de rehabilitatie de kans op psychische terugval en delicten vermindert (Barendregt e.a., 2012). Het model kan behandelaars helpen om de psychische en sociale problemen van deze heterogene doelgroep te formuleren en de relatie tussen psychische klachten en delictgedrag te begrijpen, waardoor individuele rehabilitatiedoelen kunnen worden opgesteld (Robertson, 2011). Verschillende studies hebben aangetoond dat door het invoeren van het GLM-model positieve behandelrelaties en samenwerking met de behandelaar worden bevorderd en dat daarnaast delicten langer uitblijven (Robertson, 2011).

In het oorspronkelijke Good Lives Model ontbreekt een levensloop-perspectief en wordt geen rekening gehouden met invloeden van transitieperioden in het leven van een delinquent, zoals detentie of de overgang van detentie naar de forensische psychiatrie. Aangezien deze transities ook van invloed zijn op de kwaliteit van leven, zijn deze in een uitgebreider model van Barendregt en anderen (2012) opgenomen (zie Figuur 1). Dit model geeft inzicht in factoren die van invloed kunnen zijn op delictgedrag en psychisch welzijn en waar behandelaars en begeleiders rekening mee zouden moeten houden. Het kader kan dus richting geven aan de manier van denken van professionals in de forensische psychiatrie. Daarnaast past het model in de keten, omdat bijvoorbeeld de reclassering ook bekend is met het model. De aanbeveling is dan wel dat het model in alle fasen van de behandeling wordt meegenomen.



Figuur 1: Conceptueel model voor het ontstaan van delictgedrag bij adolescenten: Het Good Lives Model (Barendregt e.a., 2012)

Daarnaast blijkt uit rapport *“Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie”* de inzet van risico-taxatie instrumenten als SAPROF en START meer de eigen regie in het risicomanagement zouden kunnen bevorderen. Door bijvoorbeeld samen de SAPROF of de START in te vullen worden zowel de beschermende factoren als de risicofactoren in kaart gebracht. De eigen doelen moeten worden gekoppeld aan het risicomanagementplan. Daardoor gaan patiënten zich hier meer voor inzetten, zichzelf meer beschermen en worden restricties niet (alleen) door de hulpverlener opgelegd.

Aanbevelingen voor de toekomst

Herstelondersteunende zorg, waarin tevens ruimte is voor risicotaxatie, is een goede basis voor de aanbevolen interventies. Herstelondersteunende zorg kan al vanaf het begin van een opname worden ingezet. Hierbij is aandacht nodig voor de continuïteit in de ondersteuning van de patiënt. Het is dus belangrijk dat er zowel binnen detentie, forensische psychiatrie en binnen de algemene psychiatrie volgens eenzelfde visie wordt gewerkt en dat het handelen gebaseerd is op eenzelfde theoretisch kader. Er moet hierbij aandacht zijn voor het lange termijnperspectief; herstel is immers een continu proces. Het is ook wenselijk dat iemand de rode draad van het herstelproces van de cliënt bewaakt; dus dat er centrale regie is.

Daarnaast dient rekening gehouden te worden met belemmerende factoren, zoals sommige procedures en wachtlijsten. De hulpverlener moet als het ware ruimte creëren voor herstel, maar procedures en wachtlijsten kunnen soms herstel in de weg staan. Zo kan bijvoorbeeld de bureaucratische instelling van sommige instanties en hulpverleners belemmerend werken, omdat er geen rekening wordt gehouden met de voortgang van het traject van de patiënt en met de situatie van de patiënt zelf. Tevens wordt de voortgang van trajecten vaak belemmerd door de wachttijd bij een uitspraak of door wachttijden voor groepsinterventies. De samenwerking is bovendien van belang, zowel binnen instellingen zelf als tussen verschillende instanties. Bij de ontwikkeling van een herstelondersteunende forensische zorg zijn ook ontmoetingen tussen ervaringsdeskundigen en hulpverleners uit het forensische veld van belang om uitwisseling van ervaringen met bepaalde interventies mogelijk te maken. Ontwikkeling van een breed toegankelijke centrale kennisbank waarin de interventies worden beschreven en waaruit blijkt waar zij in de praktijk al worden toegepast, is eveneens aan te bevelen.

Meer onderzoek is nodig om nieuwe, nog nauwelijks onderzochte, interventies te onderzoeken op effectiviteit. Herstelondersteunend werken zal niet kosteneffectief zijn op de korte termijn, maar mogelijk wel op de lange termijn. Het is belangrijk welke uitkomstmaten gehanteerd worden voor verder onderzoek. Kwaliteit van leven op verschillende levensgebieden zou voorop moeten staan. Ten slotte staat het herstelperspectief vaak nog haaks op het perspectief van de samenleving. Er zal nog veel actie nodig zijn om hersteldenken voor deze specifieke doelgroep mogelijk te maken.



Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen:

een overzicht van de wetenschappelijke evidentie