



Herstelondersteunend handelingsplan psychotische aandoeningen in de forensische zorg

Nicole van Erp

Maaïke van Vugt

Frida van der Veecken

Mieke van Bortel

Sonja van Rooijen

2018



Colofon

Opdrachtgever en financier

Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)

Projectleiding

N. van Erp	Trimbos-instituut (vanaf 1-5-2017)
S. van Rooijen	Trimbos-instituut (tot 1-5-2017)
F. van der Veeke	Fivoor, FPC De Kijvelanden

Projectgroep

M. van Boxtel	Fivoor, FPA Utrecht
N. van Erp	Trimbos-instituut
S. van Rooijen	Trimbos-instituut
F. van der Veeke	Fivoor, De Kijvelanden
M. van Vugt	Trimbos-instituut

Expertgroep

K. de Carvalho	Fivoor, FPA Utrecht
M. Grimbé du Bois	GGZE
M. van Haaren	GGZE
B. Hoppema	Fivoor, De Kijvelanden
P. Niesing	Fivoor, FPA Utrecht
I. van Outheden	Inforsa
G. Roefs	Fivoor, De Kijvelanden
J. Schetters	Fivoor, De Kijvelanden
M. Siewerts-van Rees	Fivoor, FPA Utrecht
T. Walravens	GGZE
A. de Wijs	De Woenselse Poort
I. Wolfslag	Fivoor, FPA Utrecht

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

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



Inhoudsopgave

1.	Inleiding	4
1.1.	Herstelondersteunende zorg.....	6
1.1.1.	Herstelondersteuning.....	6
1.1.2.	Herstelfasen van de patiënt	6
1.2.	Uitgangspunten voor de zorg	8
1.2.1.	Inzetten op contact	8
1.2.2.	Veiligheid en ruimte creëren.....	9
1.2.3.	Een goede behandelrelatie en positieve bejegening	9
1.2.4.	Werken aan motivatie	9
1.2.5.	Werken in de triade.....	11
1.2.6.	Multidisciplinaire aanpak	11
2.	Herstelondersteunend handelingsplan	14
2.1.	Intake.....	14
2.1.1.	Patiëntprofielen.....	14
2.1.2.	Aandachtspunten intake	14
2.2.	Stabilisatiefase.....	15
2.2.1.	Diagnostiek	15
2.2.2.	Risicotaxatie en -management.....	16
2.2.3.	Behandeling.....	16
2.2.4.	Resocialisatie	17
2.3.	Heroriëntatiefase	17
2.3.1.	Diagnostiek	17
2.3.2.	Risicotaxatie en –management	18
2.3.3.	Behandeling.....	18
2.3.4.	Resocialisatie	18
2.4.	Re-integratiefase	19
2.4.1.	Diagnostiek	19
2.4.2.	Risicotaxatie- en management.....	19
2.4.3.	Behandeling.....	19
2.4.4.	Resocialisatie	20

1. Inleiding

In 2005 is het project zorgprogrammering voor de forensische sector ingezet, dat door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) is geïnitieerd. Eén van deze programma's is het landelijk Zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (hierna Zorgprogramma Psychotische Stoornissen genoemd), recentelijk aangevuld met het addendum Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen (hierna addendum Herstelondersteunende interventies genoemd). Het Herstelondersteunend handelingsplan psychotische aandoeningen in de forensische zorg is de operationalisering en vertaling van het Zorgprogramma Psychotische stoornissen en het addendum naar de dagelijkse praktijk.

Leeswijzer

De opdracht was om een 'handzaam' en praktisch document voor professionals en patiënten te maken. In dit handelingsprotocol wordt derhalve regelmatig verwezen naar andere documentatie, waar indien gewenst meer achtergrondinformatie te vinden is. Ook zijn bepaalde toelichtingen en achtergrondinformatie in dit document in kaders geplaatst, zodat de lezer desgewenst deze kan overslaan. Naast dit handelingsprotocol is een patiëntversie ontwikkeld, 'Trek je eigen plan', dat een apart document is.

Toelichting gebruikte hoofdbronnen

In het Zorgprogramma Psychotische Stoornissen (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2014) worden diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie van forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen beschreven. Het betreft vooral interventies waarvoor enige empirische steun bestaat (best evidence), dan wel interventies die deskundigen optimaal achten (best practice) en die het veld frequent toepast (state of the art). Het zorgprogramma is gebaseerd op het Basis Zorgprogramma forensische zorg (versie 2.4) dat een overzicht biedt van (de variaties in) het gemeenschappelijke zorgaanbod voor alle forensisch psychiatrische patiënten ongeacht hun specifieke stoornissen en delicten, en op de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (NVvP, 2012). Het addendum Herstelondersteunende interventies (Van Gestel-Timmermans e.a., 2014) beschrijft de stand van zaken van wetenschappelijke en praktijkkennis op het terrein van rehabilitatie en herstel van forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Het addendum biedt de praktijk richtlijnen voor herstelondersteunende interventies. In dit handelingsplan is bij de beschrijving van interventies uitgegaan van het Zorgprogramma Psychotische Stoornissen en het addendum.

Doelgroep

Doelgroep van dit handelingsplan zijn patiënten vanaf 18 jaar met psychotische stoornissen en eventuele bijkomende comorbide stoornissen, die een gerechtelijke maatregel opgelegd hebben gekregen vanwege het plegen van één of meer (ernstige) delicten, dan wel een verhoogd delict risico hebben, ervaringsdeskundigen, professionals en managers in de forensische psychiatrische zorg.

Hoewel de daadwerkelijke bijdrage van psychotische symptomen zelf aan de totstandkoming van delicten nog ter discussie staat, zijn er wel een aantal risicofactoren aan te wijzen welke gerelateerd zijn aan delict risico voor deze specifieke groep forensisch psychiatrische patiënten. Hieronder vallen sociale en demografische factoren, co morbide persoonlijkheidsstoornissen of psychopathie, antisociaal verleden en middelenmisbruik. Mogelijk gepaard met een gebrekkig vermogen om te mentaliseren, echter betreft dit laatste met name hypothesevorming. Hiernaast wordt in onderzoek gesuggereerd dat patiënten met een

lage intelligentie, weinig opleiding en geen werk en met een instabiele leefomgeving een grotere kans hebben om een delict te plegen dan de gemiddelde bevolking. Volavka en Citrome beschrijven daarnaast dat non adherence en een beperkt ziekte inzicht belangrijke factoren zijn (Zorgprogramma Psychotische Stoornissen).

Kenmerken psychotische stoornis

Bij psychose is sprake van een veranderde beleving van de werkelijkheid die waarnemen, denken en emoties beïnvloedt. De belangrijkste symptomen zijn wanen, hallucinaties, problemen met samenhangend spreken, gedesorganiseerd gedrag en motivatieproblemen. Psychose is het definiërende kenmerk van een groep psychische stoornissen die in DSM-5 onder de term 'schizofreniespectrum' worden geordend en die we hier psychotische stoornissen noemen. De inhoud van psychotische symptomen is vaak sterk negatief, heeft veel betekenis voor mensen en grote impact op emoties en gedrag.

In de Zorgstandaard Psychose (2017) worden de kenmerken en symptomen van een psychotische stoornis als volgt omschreven. Bij een psychotische stoornis heeft de patiënt altijd 1 of meer psychotische symptomen (symptoomgroep 1) en daarnaast kan sprake zijn van symptomen uit 3 andere symptoomclusters:

- psychotische symptomen - wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, gedesorganiseerd gedrag of catatonie;
- negatieve symptomen - spraakarmoede, motivatieproblemen, initiatiefverlies, vervlakking van het gevoelsleven;
- cognitieve symptomen - onder andere stoornissen in informatieverwerking, concentratie, (werk)geheugen, planning en probleemoplossend vermogen;
- affectieve symptomen - angst, somberheid, manie.

Niet iedereen met een psychotische stoornis heeft al deze symptomen, ze komen in elke combinatie voor. Psychotische en affectieve symptomen reageren meestal goed op behandeling en wijken relatief snel, negatieve en cognitieve symptomen zijn moeilijker te beïnvloeden. Daarnaast verschillen herstel van symptomen en de gevoeligheid voor het opnieuw krijgen van een psychose per persoon. Dit is afhankelijk van genetische aanleg, sociale omstandigheden, levensgebeurtenissen, hoe iemand omgaat met stress en draagkracht en draaglast in balans weet te brengen.

Doel

Doel van dit project was om concrete producten te ontwikkelen waarmee de kennis van het Zorgprogramma Psychotische Stoornissen, welke gericht is op zowel de behandeling van de psychotische stoornis, als het verminderen van het delict risico en het addendum Herstelondersteunende interventies kan worden ingezet in het forensisch psychiatrische zorgveld, op een wijze die bijdraagt aan de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling van patiënten met een psychotische stoornis. Om de toepassing van het zorgprogramma in de praktijk te bevorderen, zijn de volgende producten ontwikkeld: het Herstelondersteunend handelingsplan psychotische aandoeningen, samenvattingskaarten voor professionals, een implementatieplan en de patiëntenversie 'Trek je eigen plan'. Het Herstelondersteunend handelingsplan en de samenvattingskaarten hebben als doel om een brug slaan tussen op delictpreventie gerichte doelen, ketengerichte doelen en patiëntgerichte doelen in de behandeling. De patiëntenversie brengt de behoeftes en doelen van de patiënt in kaart en biedt de mogelijkheid om deze doelen te integreren in het behandelplan en de behandeling. Hierdoor kunnen zowel de doelen vanuit de hulpverlening als doelen vanuit de patiënt een plek krijgen in de behandeling. De patiëntenversie biedt daarnaast een handvat om in gesprek te gaan met patiënten over wat zij belangrijk vinden.

Om de vertaalslag van het zorgprogramma en het addendum naar de praktijk te kunnen maken, zijn twee expertbijeenkomsten gehouden met deskundigen (ervaringsdeskundigen, professionals, managers en wetenschappers) op het gebied van behandeling, herstel en recidive van deze doelgroep. In de eerste bijeenkomst hebben de experts een prioritering gegeven van de kennis uit het zorgprogramma die (op dit moment) implementeerbaar is. Daarnaast brachten de experts de uitgangspunten voor de zorg in: inzetten op contact, een goede behandelrelatie, werken aan motivatie, werken in triade, en een multidisciplinaire aanpak. In de tweede bijeenkomst hebben de experts het concept handelingsplan getoetst op de volgende punten: consistentie van de inhoud met het zorgprogramma en het addendum, toegankelijkheid

(leesbaarheid en begrijpelijkheid), toepasbaarheid in de forensische zorg, patiëntenperspectief en volledigheid.

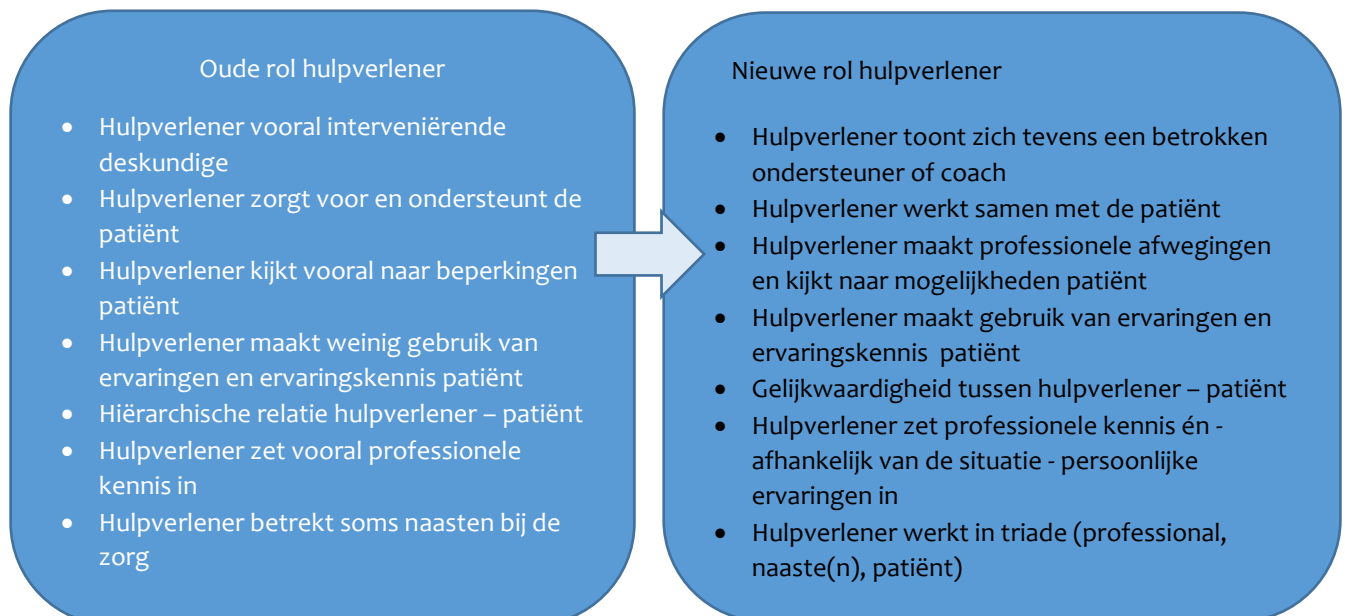
Hoewel forensische patiënten met een psychotische stoornis de doelgroep zijn, betekent dit niet automatisch dat de ontwikkelde producten alleen bruikbaar zijn voor deze groep. Zo bevat het handelingsplan naast specifieke onderdelen (vooral gericht op psychotische stoornis, zoals diagnostiek en behandeling) ook generieke onderdelen die voor meerdere doelgroepen gelden, zoals de risicotaxatie en resocialisatie. De patiëntenversie 'Trek je eigen plan' is generiek van aard en kan in principe bij patiënten met verschillende diagnoses worden ingezet. Wel zal bij patiënten met een verstandelijke beperking meer ondersteuning nodig zijn.

1.1. Herstelondersteunende zorg

1.1.1. Herstelondersteuning

Herstel en herstelondersteunende zorg zijn inmiddels leidende principes binnen de ggz en verslavingszorg en deden recentelijk hun intrede in de maatschappelijke opvang en de justitiële sector (Van Gestel-Timmermans e.a., 2015). Herstelondersteunende zorg is zorg die gericht is op het bevorderen van het individuele herstelproces van de patiënt. Herstelondersteunende zorg dient bij te dragen aan een waardevol leven en de vervulling van betekenisvolle rollen van de patiënt. Persoonlijke groei, het ontwikkelen van een positieve identiteit, hoop, empowerment, eigen regie en ervaringskennis, staan hierbij voorop (Boevink e.a., 2009).

Ondersteunen bij herstel impliceert dat op een andere manier dan nu gangbaar is binnen de forensische zorg aandacht wordt gegeven aan mensen met psychotische aandoeningen, waarbij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de persoon zelf centraal komen te staan. Herstelondersteuning is hiermee in de eerste plaats een kwestie van de rol en de basishouding van de professional, dan wel degene die ondersteuning biedt. Persoonlijke betrokkenheid, compassie, empathie, nabijheid en trouw zijn hierbij cruciale elementen, evenals reflectie op het eigen handelen. Kenmerkend voor herstelondersteuning is een gelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en patiënt. Het voorkómen van machtsongelijkheid en onnodige afhankelijkheidsrelaties vergt daarbij blijvende aandacht.



1.1.2. Herstelfasen van de patiënt

Herstel is in essentie een hoogst persoonlijk individueel proces. Belangrijke naasten, ervaringsdeskundigen en hulpverleners kunnen dit proces ondersteunen, dan wel faciliteren. Vanuit die visie volgt de hulpverlening

het herstelproces van de individuele persoon en stelt hem in staat dit proces optimaal te doorlopen. Ondersteunend daarbij is om te werken volgens fasen van herstel: stabilisatie, heroriëntatie, re-integratie (Den Hollander & Wilken, 2016). In de verschillende fasen van herstel is er behoefte aan andere interventies en ook de behoefte aan behandeling, vrijheden en eigen ruimte varieert (Van Gestel-Timmermans e.a., 2015). De beschrijving van de afzonderlijke fasen dient om het proces inzichtelijker te maken, maar de indeling is niet absoluut. Een persoon en zijn behandeling/begeleiding kunnen zich in verschillende fasen tegelijk bevinden. Iemand met een psychotische stoornis die vanuit een klinische behandelomgeving doorstroomt naar een extramurale voorziening bevindt zich bijvoorbeeld in de 're-integratiefase', maar dat betekent niet dat hulpverlening gericht op vermindering van zijn symptomen ('stabilisatiefase') en de verwerking en acceptatie van kwetsbaarheden en handicaps ('heroriëntatiefase') niet meer aan de orde zijn. Ook kan iemand terugvallen, zodat tijdelijk moet worden teruggegrepen op modules uit eerdere fasen.

Stabilisatiefase

In de stabilisatiefase is de *patiënt* overweldigd door zijn aandoening en wordt hij geconfronteerd met de gevolgen daarvan. Het dagelijkse leven kan geestelijk en lichamelijk een strijd zijn, waarbij het gevecht met de omgeving voorop staat. Degene probeert te begrijpen wat er aan de hand is en daar vat op te krijgen. Hij is vooral op zoek naar controle van de symptomen, vermindering van het lijden en het vinden van balans.

In de stabilisatiefase ervaren *naasten* vaak gevoelens als schok, ontkenning, ongelooft, onmacht, schuld en verdriet. Frustraties en spanning bij *naasten* zijn ook thema's die in deze fase spelen. In deze fase is het voor hen vaak nog niet duidelijk wat er met het familielid aan de hand is. Indien er bij de patiënt sprake is van een terugval (en het voor de *naasten* wél duidelijk is wat er aan de hand is), spelen met name verdriet, onmacht, verlies van hoop/vertrouwen, frustratie en spanning een rol.

Vanuit de *hulpverlening* is in deze fase steun en betrokkenheid van belang, zowel voor patiënt als zijn *naasten*. Het aangaan van een vertrouwensrelatie staat in deze fase centraal. De patiënt heeft behoefte aan veiligheid en geborgenheid. In deze fase is de behandeling gericht op het 'weer overeind helpen' van de patiënt en stabilisatie van de (crisis)situatie. De hulpverlening richt zich op controle van symptomen en vermindering van het lijden. Ook gaat het in deze fase om het creëren van ervaringen dat 'ik ertoe doe en dat er nog mogelijkheden voor mij zijn'. Daarbij is het heel belangrijk dat de patiënt én zijn *naasten* ervaren dat de hulpverleners betrouwbaar en deskundig zijn.

Heroriëntatiefase

In de heroriëntatiefase probeert de *patiënt* om te gaan met de gevolgen van zijn aandoening en zoekt hij naar nieuwe zingeving. Hij onderzoekt wat het betekent om kwetsbaar te zijn en gaat aan de slag met het eigen herstelverhaal. Vragen als: wat is er gebeurd, welk effect heeft dit op mij als persoon gehad, waar sta ik nu en waar wil ik naar toe, spelen in deze oriëntatiefase een rol. De patiënt zoekt naar een verklaring voor wat hem is overkomen en erkent de noodzaak om manieren te ontwikkelen om met de aandoening om te gaan. Daarnaast kan iemand worstelen met essentiële 'zijnsvragen' als: waarom heeft dit mij moeten overkomen, hoe kan ik nog leven met zoveel verlies, wie kan ik nog vertrouwen etc. Deze verwerking is voor de buitenwereld niet altijd zichtbaar.

In deze fase staat voor *naasten* vooral acceptatie, verliesverwerking en het herkennen en leren omgaan met de symptomen centraal. Een wisselend beloop van de aandoening kan de acceptatie bemoeilijken.

Voor de *hulpverlening* is het belangrijk te beseffen dat de patiënt en zijn *naasten* in deze fase een kader nodig hebben om de aandoening te plaatsen. Zij hebben behoefte aan informatie over de vermeende oorzaak, de behandeling en de prognose. Schuldgevoel, boosheid, verlies en schaamte kunnen zowel bij de patiënt als zijn *naasten* aanwezig zijn; het is van belang om deze thema's in de hulpverlening bespreekbaar te maken. Ook staat in deze fase van de behandeling het ondersteunen van de persoon in het verwerken van de aandoening en het herpakken van de regie over het leven centraal. Ervaringsdeskundigen spelen in deze fase een heel belangrijke rol: zij kunnen de persoon ondersteunen bij het herstelproces en hoop bieden dat herstel mogelijk is.

Re-integratiefase

In de re-integratiefase gaat de *patiënt* zich actief bezighouden met het vervullen van voor hem belangrijke rollen en activiteiten. Hij kan weer zingeving ervaren in een leven waarin kwetsbaarheid zal blijven bestaan,

maar waarin hij geleerd heeft hoe hier mee om te gaan. In deze fase van herstel heeft iemand de aandoening min of meer aanvaard en voelt hij zich in staat om deze 'te managen'. Deze fase kenmerkt zich bij de persoon in een toenemend zelfvertrouwen en optimisme, erkenning van beperkingen, meer naar buiten gericht zijn en deelname aan sociale en maatschappelijke activiteiten.

Acceptatie en een groeiend vertrouwen spelen bij de *naasten* in deze fase een rol.

De hulpverlening richt zich op het ondersteunen van de patiënt in zijn zoektocht naar gewenste sociale en maatschappelijke activiteiten en zijn mogelijkheden en beperkingen hierbij. Ook ondersteunt de hulpverlening actief bij het oefenen van vaardigheden en het oppakken van concrete activiteiten op het terrein van wonen, leren, werken, sociale relaties et cetera. Verder spelen hulpverleners en ervaringsdeskundigen een belangrijke rol in het verlagen van de drempel naar en het toegankelijk maken van maatschappelijke organisaties en in het verminderen van vooroordelen (stigma) rond psychische aandoeningen.

Stabilisatie	Heroriëntatie	Re-integratie
Controle van symptomen en vermindering van het lijden	Onderzoeken en verwerken van de gevolgen van de aandoening	Aangaan of herstellen van betekenisvolle relaties en rollen
-Farmacotherapie -Medicatie- en symptoommanagement -Delictanalyse en -preventie -Risicotaxatie en -management -Psycho-educatie	-Psychosociale interventies -Risicotaxatie en -management -Vaktherapie -Agressieregulatie en impulscontrole trainingen -Gezinsinterventies -Interventies voor verslaving & persoonlijkheidsstoornissen -Sociotherapie en milieu -Dagactiviteiten, dagbesteding -Lotgenoten- & herstelgroepen	-Ondersteuning sociaal netwerk en relaties -Woonbegeleiding -Begeleiding onderwijs en werk -Voorkomen van terugval en recidive -Financiële en materiële hulpverlening -Samenwerking maatschappelijke organisaties -Lotgenoten- & herstelgroepen
Alle fasen Betrekken naasten – Herstelondersteunende activiteiten - Inzet ervaringsdeskundigheid – Aandacht voor (zelf)stigma		

1.2. Uitgangspunten voor de zorg

Dit handelingsplan is gestoeld op een aantal basisprincipes die een onderlegger vormen voor de manier waarop de zorg gegeven wordt. Hierbij gaat het om de volgende uitgangspunten: contact leggen, veiligheid creëren, een goede behandelrelatie, werken aan motivatie, werken in de triade en een multidisciplinaire aanpak¹. Deze aspecten kwamen in de eerste expertbijeenkomst naar voren als meest essentieel. Daarnaast zijn vanuit de forensische psychiatrie het RNR-model en Good Lives model, het op- en afschalen van zorg en dwang en drang belangrijke aandachtspunten.

1.2.1. Inzetten op contact

Bij mensen met psychotische stoornissen is het belangrijk al in een vroeg stadium in te zetten op contact en de samenwerking met de patiënt, gericht op zijn eigen wensen en doelen. Hiertoe zijn aansluiting bij de beleving van de patiënt en de erkenning van zijn visie van groot belang. Dit vraagt van hulpverleners veel begrip, flexibiliteit en deskundigheid op het gebied van psychosebehandeling. Dit geldt nog sterker in de forensische psychiatrie omdat de patiënten mede op grond van hun verwrongen denken (zeer ernstige en

¹ Deze basisprincipes kwamen naar voren in de eerste expertbijeenkomst.

zware) delicten hebben gepleegd. Ook kunnen (ernstig) wantrouwen en (ernstige) achterdocht ten opzichte van de hulpverlener of de hulpverlening in het algemeen een grote belemmering vormen in het (leggen van) contact. Voordat een behandeling kan worden gestart, is vertrouwen van de patiënt in de hulpverlener(s) van wezenlijk belang. Het opbouwen van vertrouwen en daarmee het contact begint bij goed luisteren zonder te interpreteren of te oordelen. Door goed te luisteren worden feiten verzameld, kan verkeerde informatie gecorrigeerd worden en kunnen verkeerde opinies over de hulpverlener worden gecorrigeerd (Tielens, 2012). Het gaat om erkenning van de psychotische wereld zonder deze te veroordelen, zodanig dat er meer zicht komt op de inhoud van die wereld. Idealiter leidt dit bij de patiënt tot twijfel over het waarheidsgehalte van de eigen waanwereld (Zorgprogramma Psychotische stoornissen). Niet zelden is er sprake van een dubbelbewustzijn: de patiënt is tegelijkertijd zowel overtuigd van zijn wanen als ook zich bewust van het feit dat er iets vreemds aan de hand is (Appelo & Van der Gaag, 1998). Erkenning van de waanwereld en patiënten hierin volgen zijn uitdrukkelijk niet hetzelfde als in hun onschuld geloven. Er bestaat ook een subtiel onderscheid tussen enerzijds erkennen van en meegaan in de waan en anderzijds deze bevestigen. Het niet uit het oog verliezen van dit onderscheid is niet eenvoudig (Zorgprogramma Psychotische stoornissen). Het contact tussen de professional en de patiënt kan vele vormen aannemen, afgestemd op de patiënt en diens wensen en beperkingen. Het is de kunst om dit af te stemmen op de patiënt: soms zijn patiënten gebaat bij een professionele nabijheid, soms kan deze ook te bedreigend zijn en houdt de professional beter iets meer afstand (De Leede e.a., 2016). Een geïnteresseerde, open en niet-oordelende houding is in de inventarisatiefase passend en voorkomt weerstand, waardoor de hulpverlener toegang krijgt tot de belevingswereld van de patiënt en op zijn visie van de werkelijkheid (Staring e.a., 2014).

1.2.2. Veiligheid en ruimte creëren

Het is van belang dat mensen met psychotische stoornissen een gevoel van veiligheid kunnen ervaren binnen de voorziening. Het gaat hierbij om het creëren van een veilige omgeving; daarnaast aan alles dat verder bijdraagt aan een individueel gevoel van veiligheid. Hierbij kan het gaan om een *fysieke ruimte* zoals een kamer voor jezelf, of een *psychologische ruimte*, ruimte in je lijf of in je hoofd. Binnen deze ruimte bestaat een zekere rust, de persoon voelt zich prettig en op zijn gemak. De grenzen worden gevormd door wat iemand aankan, door zijn draagkracht. Wanneer deze grenzen gerespecteerd en beschermd worden, ontstaat een gevoel van veiligheid. De omgeving moet ruimte bieden zodat de persoon in kwestie zijn grenzen niet hoeft te overschrijden.

Ook voor de hulpverleners is een gevoel van veiligheid van wezenlijk belang en een voorwaarde om goede hulpverlening te kunnen bieden. Bij een kennismakingsgesprek of intake dient zoveel mogelijk informatie vooraf bekend te zijn, om eventueel gevaar in te kunnen schatten en zo nodig maatregelen te kunnen nemen. De benaderingswijze van de hulpverlener speelt een belangrijke rol bij het veiligheidsgevoel van de patiënt en daarmee de kans op stress en agressie (Van der Helm e.a., 2013; Tielens & Verster, 2010). Soms kan het zo zijn dat er omwille van de veiligheid voor wordt gekozen om een vrijheid beperkende interventie in te zetten (zie ook 1.2.9.)

1.2.3. Een goede behandelrelatie en positieve bejegening

Een goede behandelrelatie is geen doel op zich, maar een middel om iemand beter te kunnen behandelen (Basis Zorgprogramma). Een goede behandelrelatie is gebaat bij een positieve bejegening. Hierbij gaat het om het benadrukken van de positieve krachten van de persoon in kwestie, maar het betekent ook dat de hulpverlener nagaat waarom bepaald gedrag wordt vertoond in plaats van dit gedrag vooral te bestraffen. Uit onderzoek blijkt dat een open positief klimaat stabiliserend werkt, waardoor er minder stress en agressie voorkomt op de afdeling (Van der Helm e.a., 2013). Patiënten ervaren meer vertrouwen, er is meer en betere communicatie en hun gevoeligheid voor gedragscorrecties neemt toe, waardoor medewerkers meer controle ervaren. Een positieve bejegening betekent ook dat patiënten oprecht een nieuwe kans wordt geboden en het gevoel hebben dat zij met een schone lei beginnen. Ook na een eventueel incident moet hen weer een nieuwe kans worden geboden (Van Wamel e.a., 2015).

1.2.4. Werken aan motivatie

Een forensisch psychiatrische patiënt met een psychotische stoornis heeft zelden een op verbetering van zijn stoornis gerichte hulpvraag. Een gebrek aan ziekte-inzicht is vaak onderdeel van de aandoening. Aanvankelijk

bestaat er vaak een verschil van mening over de zorgvraag tussen de patiënt enerzijds en zijn omgeving en hulpverleners anderzijds. Het is van belang naar overeenstemming te streven en eventuele verschillen in zorgvraag zoveel mogelijk te integreren in een behandel- en begeleidingstraject. De behandeling en begeleiding is gericht op werken aan inzicht en motivatie, zodat de vraag om bescherming en veiligheid van de maatschappij en de hulpvraag van de patiënt zoveel mogelijk samenvallen. Verandering vindt eerder plaats als wensen van de patiënten worden erkend. Bij mensen met een psychotische stoornis is erkenning van de psychotische denkwereld vaak nodig om met hen in gesprek te raken. Door erkenning van deze denkwereld kan men proberen degene te verleiden de eigen gezichtspunten te veranderen en het gedrag te verbeteren (Zorgprogramma Psychotische Stoornissen).

Verskillende modellen kunnen professionals handvatten bieden in het onderzoeken, aansluiten bij, en stimuleren van de motivatie. De meest toegepaste zijn het veranderingsmodel van Prochaska & DiClemente (1986), motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2002) en socratisch motiveren (Apello, 2007). Motiveren is het naar boven krijgen van de overtuigingen en beweegredenen die in een patiënt zitten. Motiverende gesprekstechniek is geen truc of vaardigheid, maar heeft veel te maken met een eigenschap van de hulpverlener om weer interesse op te wekken bij de patiënt. En daarvoor is daadwerkelijke interesse in de patiënt nodig (Tielens, 2012).

Hoewel de verschillende motivatie-modellen niet (specifiek) zijn ontwikkeld voor mensen met psychotische stoornissen, zijn ze ook op deze doelgroep toepasbaar (Staring e.a., 2010; Barkhof e.a., 2013; Chien e.a., 2015; Zorgstandaard psychose, 2017).

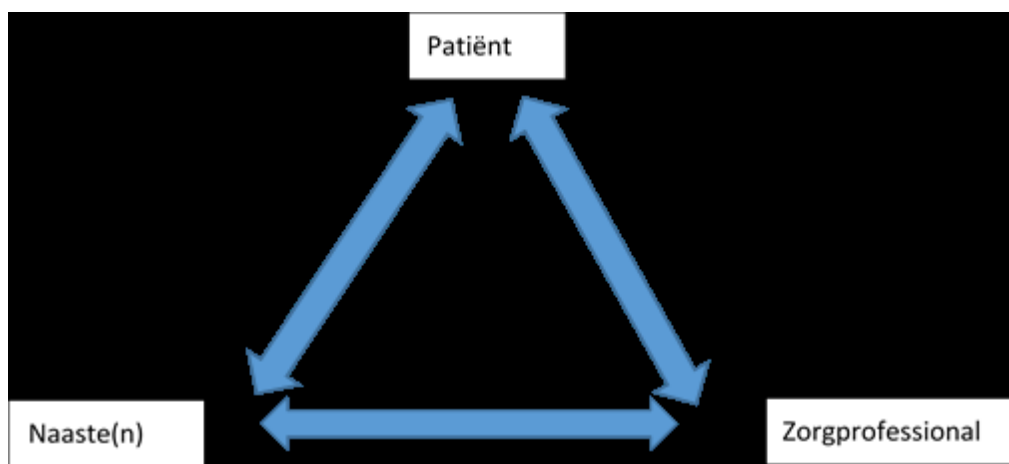
Toelichting modellen van motivatie

- In het model van Prochaska & DiClemente (1986) wordt motivatie opgevat als een gefaseerd verlopend proces waarin een persoon in verschillende mate gemotiveerd kan zijn om aan verandering van zichzelf te werken. De motivatiecyclus onderscheidt de volgende fases van motivatie:
 - Voorbeschouwing: de patiënt is zich nog niet bewust van de andere mogelijkheid en heeft daar nog niet serieus over nagedacht. In dit stadium is het van belang positief aandacht te vragen voor het thema door de voorgestelde verandering objectief te bespreken en feiten te geven.
 - Overpeinzing: de patiënt denkt na over het voorstel, maar aarzelt nog en weegt voor- en nadelen af. Belangrijk is de voor- en nadelen met de betrokkene te bespreken en te onderzoeken. Hierbij zijn een open houding en luisteren belangrijk.
 - Voorbereiding: de patiënt besluit of hij het voorgestelde gedrag gaat proberen of niet. Dit gebeurt sneller als duidelijk is dat een keer proberen nog niet wil zeggen dat hij er voorgoed aan vastzit.
 - Actieve verandering: als het nieuwe gedrag het gewenste resultaat blijkt op te leveren zal de patiënt het gedrag eerder voortzetten. Omdat de kans op terugval nog aanwezig is, is het belangrijk regelmatig te checken of alles nog steeds naar wens verloopt.
 - Consolidatie ofwel behoud van het gedrag: de verandering in de manier van werken is bereikt en moeilijkheden worden al dan niet overwonnen.
 - Terugval: de patiënt valt terug in het oorspronkelijke gedrag. In deze fase is het belangrijk een situatie te creëren waarin praten over een terugval mogelijk is en dat na wordt gegaan wat de knelpunten zijn en hoe die zijn op te lossen. Het proces van overpeinzing, beslissing en actie wordt opnieuw doorlopen.
- Een andere veel gehanteerde werkwijze is motiverende gespreksvoering. Motiverende gespreksvoering berust op de uitgangspunten van 'motivational interviewing' (Miller & Rollnick, 2002). Deze gespreksvoering helpt patiënten bij het identificeren en oplossen van ambivalentie voor gedragsverandering. Dit gebeurt door de persoonlijke aannames, meningen en barrières over/voor de verandering te verkennen. Motiverende gespreksvoering wordt meestal toegepast in situaties waarin een verandering van gedrag gewenst is, maar de patiënt ambivalentie voelt om te veranderen, bijvoorbeeld bij medicatietrouw of het veranderen van leefstijl.
- Ook in Socratisch motiveren staat de wijze waarop het probleembesef bij de patiënt ontstaat centraal. Socratisch motiveren is een vorm van motiveren die zich niet zozeer richt op verandering als wel op acceptatie en duidelijk maken wat er nu speelt. Het is vervolgens aan de patiënt en zijn

omgeving wat ermee gebeurt. Socratisch motiveren is niet rechtstreeks directief, maar legt een groot deel van de verantwoordelijkheid bij de patiënt en leidt idealiter tot werkelijk 'inzicht'. Socratisch motiveren is nooit gericht op inhoudelijke verandering, maar zet de patiënt toch vaak op een ander spoor (Apello, 2007).

1.2.5. Werken in de triade

Werken in de triade (patiënt – naaste(n) – hulpverlener) verbetert de kwaliteit van de behandeling. Daarom is een belangrijk uitgangspunt dat hulpverleners en teams werken met het principe dat naasten worden betrokken bij de behandeling. Vanaf het begin wordt met de patiënt besproken waarom de naasten bij het proces betrokken worden. Naasten kunnen niet alleen voorlichting krijgen, maar ook ondersteund worden bij de vraag welke rol zij verder kunnen spelen tijdens het behandelproces. Daarnaast kan worden afgestemd hoe een succesvolle triade kan worden vormgegeven (Klaassen, 2014). De [Triadekaart](#) vormt hierbij een belangrijk hulpmiddel.



Naasten maken vaak eenzelfde soort proces van rouw en herstel mee als hun familielid. Als die in een crisis is, voelt de naaste zich ook in een soort crisis. Er wordt een groot appel gedaan op de naasten, terwijl die niet deskundig zijn op dit terrein. Door aandacht te geven aan deze processen die naasten doormaken en hen daarin te versterken, kunnen zij hun familielid zo goed mogelijk ondersteunen.

1.2.6. Multidisciplinaire aanpak

Omdat een forensisch psychiatrische patiënt met een psychotische stoornis op verschillende terreinen zorgbehoeftes heeft, bestaat een forensisch team uit meerdere disciplines. Sociotherapeuten en verpleegkundigen vormen meestal het grootste gedeelte van het team. Daarnaast maken in de praktijk vaak een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een vaktherapeut deel uit van een team. Ook werken in sommige teams een of meer ervaringsdeskundige(n).

Het werken in een multidisciplinair team stelt specifieke eisen aan de basishouding en – vaardigheden van de teamleden. Zo moeten teamleden beschikken over een generalistische insteek, waarbij zij over de grenzen van hun eigen discipline heen kijken en werken.

In een goed functionerend team wordt specifieke kennis van een bepaalde discipline zo veel mogelijk uitgewisseld. Naast de capaciteit om goed te kunnen samenwerken behoort een teamlid, gezien de complexiteit van het werk, te beschikken over veel geduld, empathie, optimisme en flexibiliteit. Een valkuil in de behandeling van forensische patiënten kan echter zijn dat er te veel nadruk ligt op probleem- en risicobeheersing en te weinig op de mogelijkheden en kwaliteiten van een patiënt. Daarom is het van belang dat er in forensische teams tevens gewerkt wordt vanuit een herstelgerichte benadering, waarin aandacht is

voor de wensen en behoeften van patiënten en het vergroten van hun kwaliteiten, autonomie en krachten (Place e.a., 2011).

1.2.7. Risk Need Responsivity en Good Lives Model

Het risk need responsivity model en de *what works principes* bieden algemene richtlijnen voor diagnostiek, risicomanagement, behandeling en resocialisatie (Basis Zorgprogramma). In dit model gelden drie basisprincipes;

- Risk: Behandelintensiteit dient afgestemd te zijn op de mate van risico op recidive. Hierbij gaat het in een forensisch kader ook om beveiliging.
- Need: Behandeling richt op zich op criminogene (dynamische risicofactoren) behandelbare factoren
- Responsivity: De behandeling dient afgestemd te zijn op de individuele kenmerken van de patiënt. Dit behelst zowel interne responsiviteit (o.a. motivatie) en externe responsiviteit (kenmerken therapeut, vorm van behandeling, adequate interventies en mogelijkheden verdere behandeling) (Basis Zorgprogramma). Hiernaast schrijft het RNR model voor dat men moet werken vanuit het professionaliteitsprincipe, behandel integriteit (evidence- based practice) en het eigen context principe (behandeling moet zoveel mogelijk in de context van de persoon plaatsvinden).

Omdat het RNR model de focus lijkt te leggen op risicofactoren (Ward & Maruna, 2007, in Zorgprogramma Psychotische Stoornissen) en minder op herstelgericht werken is het van belang de principes uit het Good Lives Model in acht te houden. Hierbij focust de behandeling zich op het identificeren van belemmeringen voor een 'good life' ofwel een bevredigend evenwichtig leven met daarnaast aandacht voor het vergroten van vaardigheden, persoonlijke capaciteiten en de kwaliteit van leven (Zorgprogramma Psychotische Stoornissen). Door het vergroten van deze aspecten zou de kans op terugval en delicten verminderen in de rehabilitatie (Barendregt e.a., 2012, in Zorgprogramma Psychotische Stoornissen). Het model richt zich op zowel het welzijn van de patiënt als op het recidiverisico en behoort tot de strength based modellen (Basis Zorgprogramma).

1.2.8. Op- en afschalen van de zorg

Het is van belang om op ieder moment de patiënt de goede intensiteit van zorg te geven. Te weinig zorg kan leiden tot verwaarlozing en contactafname tussen professional en patiënt, te veel zorg kan leiden tot agitatie bij de patiënt die niet betutteld wil worden en kan zo zelfs gevaarlijk worden. Het is daarom een continu zoeken naar de goede balans tussen regie geven aan de patiënt en regie overnemen van de patiënt. Deze balans wordt in afstemming met de patiënt gezocht. Hierbij wordt ook het (professionele) systeem rondom de patiënt betrokken (De Leede e.a., 2016). Hiernaast is het van belang continue in te schatten welke vorm van begeleiding of wonen veilig is voor de patiënt. Hierbij hoort een multidisciplinaire inschatting, goede medicatie instelling, een delictanalyse en signalerings- en terugvalpreventieplan, goede afspraken en aanvaarding over de vervolgsetting en de bijbehorende voorwaarden (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2014). Binnen het forensisch kader hebben patiënten ook vaak te maken met beveiligde zorg. Het gaat hierin om fysieke preventie (o.a. beveiliging), sociale preventie (o.a. behandelrelatie) en beleidsmatige en organisatorische preventie gericht op de toekomst (effectief ingerichte zorg). De Meerjarenovereenkomst forensische zorg (zie ook taskforce behandelduur tbs) omschrijft afspraken omtrent het terugbrengen van de gemiddelde verblijfsduur in forensische instellingen. Om die reden is het van belang periodiek af stemmen wat de risicofactoren zijn, welke behandeling hierop aansluit, wat de prognose is qua succes en tijd en welke behandelomgeving het beste aansluit bij de patiënt (Basis Zorgprogramma).

1.2.9. Dwang en drang

Forensische zorg heeft niet zelden een onvrijwillig karakter. Een titel legitimeert echter alleen de opname en het behandel aanbod, geen dwangbehandeling. Dwangbehandeling kan alleen in bepaalde gevallen worden toegepast om een al dan niet direct dreigend gevaar dat wordt veroorzaakt door de stoornis van de patiënt te keren. Er zal dan sprake zijn van een conflict van waarden: de autonomie van de patiënt is van grote waarde, maar conflicteert met de veiligheid van de andere patiënten, personeel of de patiënt zelf. Patiënten die in crisis zijn, hebben daardoor niet altijd de regie over hun leven. De professional moet zich continu afvragen of de regie aan de patiënt wordt gegeven of dat hij de regie tijdelijk overneemt van de patiënt om

de veiligheid te waarborgen. Deze afweging staat centraal in de overleggen rondom de patiënt en in het team.

Elke toepassing van dwang moet aan de volgende uitgangspunten voldoen: subsidiair is (er is geen minder ingrijpend alternatief mogelijk), proportioneel (de ingrijpendheid van de dwangmaatregel staat in verhouding tot de ernst van het gevaar) en doelmatig (het gekozen middel is doelmatig om het gevaar af te wenden) (Basis Zorgprogramma).

Bij het inzetten van vrijheidsbeperkende maatregelen is het van belang als hulpverlener bewust te zijn van het feit dat er sprake is van een breuk in het contact. Ondanks dat het toepassen van dwang juist wordt ingezet omwille van de veiligheid, heeft het gevolgen voor de veiligheid van zowel de patiënt als het personeel. Daarnaast veroorzaakt het toepassen van dwang vaak dat patiënten secundair getraumatiseerd worden. Ook voor medewerkers kunnen dwangtoepassingen traumatiserend zijn. Vrijheidsbeperkende maatregelen moeten daarom zoveel mogelijk worden voorkomen. Om dwang en drang zoveel als mogelijk te voorkomen zijn de volgende elementen relevant (De Leede e.a., 2016):

- de-escalerend werken
- evalueren van de crisis die tot opname heeft geleid
- methodisch werken volgens crisiskaart
- één-op-één begeleiding geven
- bewust op- en afschalen van zorg
- verlenen van goede zorg in dwangsituatie
- nabespreken van dwangtoepassingen en incidenten

Om de-escalerend te werken op een afdeling waar veel crises zijn en waar agressie voorkomt, dient de professional zichzelf goed te kennen. Hij is zich bewust van zijn eigen emoties en gedrag en hij kan dit omzetten naar een therapeutische benadering om zo het contact niet te verliezen of juist op de bouwen (Van Mierlo e.a., 2013). Fysieke ingrepen moeten alleen worden toegepast wanneer het de veiligheid van de patiënt of diens omgeving ernstig in het geding komt en er geen andere mogelijkheid is. De Handreiking veilig fysiek ingrijpen (GGZ Nederland, 2013) geeft goede richtlijnen hiervoor.

2. Herstelondersteunend handelingsplan

Uitgangspunt van dit handelingsplan is om te werken volgens fasen van herstel: stabilisatie, heroriëntatie, re-integratie (Den Hollander & Wilken, 2016). In de verschillende herstelfasen is er behoefte aan andere interventies en kan de behoefte aan behandeling, vrijheden e.d. variëren. De beschrijving van de afzonderlijke fasen dient om het proces inzichtelijker te maken, maar de indeling is niet absoluut. Een persoon en zijn behandeling kunnen zich in verschillende fasen tegelijk bevinden.

2.1. Intake

De intake zal niet voor iedere patiënt hetzelfde zijn. Van de ene patiënt is nog niets bekend, van de andere patiënt is wellicht al veel informatie beschikbaar. Dit hangt af van waar de patiënt vandaan komt.

2.1.1. Patiëntprofielen

We onderscheiden hier drie profielen:

A Patiënt is volledig nieuw

De patiënt heeft geen hulpverleningsgeschiedenis of er is geen informatie over de patiënt beschikbaar. Hierbij is een uitgebreide intake en kennismaking met persoonlijk begeleider, team en voorziening nodig en een uitgebreide diagnostiek. Informatie kan met toestemming worden opgevraagd bij de huisarts of bij reclassering/justitie.

B Patiënt komt van een andere voorziening

De patiënt komt uit de reguliere ggz of een andere forensische setting. De intake is vooral gericht op het verzamelen van informatie over de patiënt (ROM, behandel- en/of signaleringsplan) uit de vorige voorziening om inzicht te krijgen in eerdere medicatie, interventies en therapieën. Er moet gezorgd worden voor een warme overdracht, waarbij de behandelaar/ begeleider van de andere voorziening nauw betrokken wordt. Daarnaast is een kennismaking met persoonlijk begeleider, team en voorziening nodig. De diagnostiek is aanvullend op de informatie die al over de patiënt voorhanden is, zo nodig wordt de informatie geactualiseerd.

C Patiënt blijft in dezelfde voorziening, heeft een terugval naar stabilisatiefase. De informatie over de patiënt is voorhanden en dient te worden geactualiseerd naar de nieuwe situatie.

2.1.2. Aandachtspunten intake

Bij patiënten die nieuw zijn (A) of van een andere voorziening komen (B) vindt eerst de intake plaats. Hierbij moet ervoor gezorgd worden dat de ontvangende afdeling of voorziening goed geïnformeerd is over de inkomende patiënt. Er moet hierbij aandacht worden besteed aan de volgende punten (zie ook Basis Zorgprogramma):

- Wie verzorgt de intake? Is er een vaste intakefunctionaris?
- Is er een overzicht van de benodigde informatie voor een goede ontvangst van de patiënt (alleen bij B)?
- Bij inschatting van risico op intimidatie en/of gevaar voorzorgsmaatregelen nemen (tweede intaker, beveiliging)
- Aanwezigheid van een naaste (met name bij patiënten met een actieve psychose) is wenselijk
- Is er sprake van een warme overdracht? Is een medewerker van het oude behandelteam aanwezig bij de intake (alleen bij B)?

- Is alle relevante informatie van de patiënt aangeleverd, zoals ROM-gegevens, behandelplan, signaleringsplan (alleen bij B)?
- Heeft er vlak voor de komst een gesprek met de patiënt plaats gevonden om wederzijds kennis te maken en de verwachtingen van de patiënt te bespreken?
- Wordt de patiënt welkom geheten? Vindt er een kennismaking plaats met zijn persoonlijk begeleider en het team, wordt de patiënt rondgeleid door de voorziening?
- Volgt na de intake zo spoedig mogelijk een gesprek tussen regiebehandelaar en patiënt plaats?

Het is van belang om rekening te houden met het feit dat veel mensen met een psychose moeite hebben met langdurend concentreren, intensief herinneren, veelvuldig van onderwerp veranderen, het koppelen van gezichtsuitdrukkingen aan emoties en het taxeren van de toon van een gesprek. Benadruk in het gesprek dat de patiënt kan aangeven als hij vindt dat het lang genoeg heeft geduurd.

2.2. Stabilisatiefase

In de stabilisatiefase is de patiënt overweldigd door zijn aandoening en wordt hij geconfronteerd met de gevolgen van de aandoening en het delict. Hij is vooral op zoek naar controle van de symptomen en vermindering van het lijden.

2.2.1. Diagnostiek

Diagnostiek is geen eenmalige onderzoeksactiviteit aan het begin van het behandeltraject, maar speelt zich gedurende de gehele behandeling af en is daarmee zelf ook onderdeel van het behandelproces. Zo komen uit de behandeling nieuwe diagnostische vragen naar voren. De beantwoording daarvan stuurt dan weer de behandeling, en zo verder. Gezien de complexiteit van de problematiek is het belangrijk tijdens de diagnostiek vanuit verschillende invalshoeken te werken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om: de psychose zelf, comorbiditeit/verslaving, levensloop, culturele achtergrond, systeem en feitelijk gedrag. De diagnose start in beschrijvende termen en mondt uit in een classificatie in termen van DSM-V.

In de MDR Schizofrenie (NVvP, 2012) wordt niet gedetailleerd ingegaan op de diagnostiek, maar aanbevolen wordt om bij iedere patiënt bij wie men een psychotische stoornis vermoedt, een semigestructureerd interview af te nemen (CASH, SCAN, SCID), omdat dit de kans op foutieve diagnostiek verkleint en soms belangrijke aanvullende informatie oplevert. Bij een semigestructureerd interview wordt aanbevolen minimaal de volgende onderwerpen aan bod te laten komen: stemmingsstoornis, drugsgebruik, wanen, hallucinaties, formele denkstoornis, bizar gedrag en negatieve symptomen; bij belangrijke veranderingen in symptomen wordt in de MDR Schizofrenie aanbevolen het diagnostische interview te herhalen. In de Zorgstandaard Psychose (2017) is een schema te vinden dat per onderdeel van de diagnostiek de aanbevolen meetinstrumenten aangeeft

(<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/psychose/achtergronddocumenten/schema-diagnostiek-en-monitoring>)

Diagnostiek

- Contact maken met de patiënt en zijn naasten en opbouwen goede werkrelatie
- Onderzoek symptomen: delictdiagnostiek, forensische beschouwing, psychiatrische diagnostiek d.m.v. semigestructureerd interview (CASH, SCAN, SCID) ((auto)anamnese, heteroanamnese d.m.v. verkorte vorm van de forensische sociale netwerkanalyse (FSNA, zie het Basis Zorgprogramma, 3.3), somatisch onderzoek, zelfbeschadiging en suïcidaliteit, verslaving en middelengebruik (MATE-crimi)
- Onderzoek cognitief functioneren (neuropsychologisch onderzoek)
- Aandacht voor comorbiditeit
- Bepalen zorgbehoeften ([CANSAS](#)) en functionele diagnostiek

2.2.2. Risicotaxatie en -management

Risicotaxatie wordt gedurende de gehele behandeling periodiek afgenomen en bijgesteld en draagt bij aan het werken volgens de what works principes. Daarnaast is risicotaxatie verplicht gesteld voor het toetsen van de verlofkaders en zijn klinieken verplicht jaarlijks de 14 k-indicatoren van de HKT-R te toetsen. Risicotaxatie is in de stabilisatiefase met name gericht op het in kaart brengen van risicofactoren, maar ook de beschermende factoren worden geïnventariseerd. Behandeling richt zich op de dynamische risicofactoren voorkomend uit de taxatie, rekening houdend met de statische factoren (Basis Zorgprogramma EFP) maar hiernaast worden beschermende factoren ook versterkt (Basis Zorgprogramma EFP). Bij nieuwe patiënten is het wenselijk om informatie (met toestemming) op te vragen bij de verwijzer, justitie, eventueel de huisarts en het systeem. Het verschilt per setting in welke mate justitiële informatie beschikbaar wordt gesteld aan de instelling. Informatie kan bij een patiënt worden uitgevraagd, mits er sprake is van stabilisatie, indien dit niet het geval is wordt de taxatie eenzijdig uitgevoerd. Indien de delictanalyse of het delictscenario beschikbaar is, wordt dit meegenomen in de taxatie. Bij patiënten van een andere voorziening of uit de eigen voorziening is de risicotaxatie gericht op aanvulling en actualisatie van de gegevens.

De begeleider formuleert samen met de patiënt een *signalerings-* en een *terugvalpreventieplan*. Een signaleringsplan bevat elementen uit het delictscenario en beschrijft wat de patiënt en mensen om hem heen, zoals behandelaren, familie of vrienden, kunnen doen en hoe agressie en vroege waarschuwingssignalen te herkennen en terugval te voorkomen (Basis Zorgprogramma EFP). Een terugvalpreventieplan bevat de interventies die kunnen helpen om dynamische risicofactoren onder controle te brengen. Het bevat een overzicht van valkuilen. Hieruit leert de patiënt wat hij anders kan doen, zowel nu als gericht op de toekomst. Het plan betreft zowel interne als externe behoeften en factoren uit de eigen psychopathologie (Basis Zorgprogramma EFP).

Risicotaxatie en –management

- Opvragen informatie en uitvoeren risicotaxatie met gestructureerd klinisch instrument ([HCR20-V3](#), [HKT-r](#) en FARE voor de ambulante sector; SSA en SVR-20 (in het geval van zeden problematiek) en klinisch gestructureerd eindoordeel
- Onderzoek beschermende factoren met gestandaardiseerd instrument (bijv. [START](#), [SAPROF](#))
- Uitvoeren risicomangement en beschrijving hiervan in behandelplan en signaleringsplan / terugvalpreventieplan

2.2.3. Behandeling

Allereerst moet ingezet worden op het creëren van een goede behandelrelatie, die gebaseerd is op wederzijds vertrouwen (zie 1.2.3 en 1.2.4). Gezien de problematiek van de doelgroep, is dit zeker geen makkelijke opgave. Van hulpverleners wordt geduld, een lange adem en het houden van (en uitstralen van) hoop gevraagd. Het is van belang na te gaan welke oorzaken de psychose hebben getriggerd en hier de behandeling op aan te passen.

In de stabilisatiefase wordt een eerste behandelplan opgesteld, samen met de patiënt en zijn naasten. In het behandelplan worden de belangrijkste uitkomsten van de diagnostiek en risicotaxatie en de behandelinterventies opgenomen die aansluiten bij de behoeftes en herstelfase van de patiënt. Het behandelplan wordt besproken in het multidisciplinaire team, opdat iedereen op de hoogte is en er kan worden gewerkt aan een integrale behandeling.

Voorlichting over de ziekte, psycho-educatie, dient in de stabilisatiefase plaats te vinden (en voortgezet te worden in de heroriëntatiefase), waarbij rekening wordt gehouden met het niveau en de behoeftes van de patiënt. Daarnaast zijn in deze fase symptoomgerichte interventies van belang, met behulp van farmacotherapie en medicatiemanagement. Indien wenselijk kunnen in de stabilisatiefase psychosociale

interventies worden gestart, die vaak zullen doorlopen in de heroriëntatiefase. Zo kan cognitieve gedragstherapie volgens de MDR Schizofrenie al in de acute fase worden ingezet.

Behandeling

- Creëren goede behandelrelatie met patiënt en zijn naasten
- Opstellen behandelplan en bespreking in multidisciplinair team
- Uitvoeren en evalueren behandeling (farmacotherapie, psycho-educatie, evt. starten met psychosociale interventies)
- Zorg dragen voor continuïteit in de behandeling

2.2.4. Resocialisatie

De resocialisatie is in deze fase vooral gericht op dagactiviteiten/dagbesteding en op het sociale netwerk (naasten). Daarnaast wordt in de stabilisatiefase een begin gemaakt met het informeren en betrekken van naasten en het werken aan een nieuwe, veilige context en aan systeeminterventies zoals psycho-educatie en systeemtherapie. Hiernaast is samenwerking om de eigen doelen te behalen een belangrijke voorspeller voor succes en responsiviteit. Een cliënt weghalen uit de criminogene context en opnemen in de behandelcontext is essentieel voor het terugkeren in de maatschappij bij een ernstige psychotische stoornis en een delict (ZP). Resocialisatie dient tevens om die reden te starten bij binnenkomst; de vraag wat mogelijk is dient in een vroeg stadium aan de orde te komen (Basis ZP).

Resocialisatie

- Dagactiviteiten en dagbesteding
- Familie- en systeeminterventies
- Betrekken naasten
- Onderzoek sociale netwerk en sociale context
- Herstelondersteunende activiteiten en inzet ervaringsdeskundigheid
- Aandacht voor (zelf) [stigma](#)

2.3. Heroriëntatiefase

In de heroriëntatiefase proberen de patiënt en zijn naasten om te gaan met de gevolgen van de aandoening en het delict. De patiënt onderzoekt wat het betekent om ziek te zijn en/of beperkingen te hebben en zoekt naar identiteit en betekenisgeving.

2.3.1. Diagnostiek

De diagnostiek is in deze fase vooral gericht op veranderingen in symptomen, functioneren en zorgbehoeften van de patiënt. Daarnaast vindt aanvullend onderzoek plaats om meer inzicht te krijgen in het omgaan met emoties, hanteren van coping mechanismen, herkennen van triggers voor psychose, hanteren en stellen van grenzen, omgaan met sociale situaties, contactuele vaardigheden, motorische vaardigheden en het herkennen en aanbrengen van structuur.

Diagnostiek

- Actualisatie symptomen, functioneren en zorgbehoeften (bij belangrijke veranderingen in symptomen herhaling diagnostisch interview (CASH, SCAN, SCID))
- Aanvullend onderzoek (bijv. vaktherapeutisch onderzoek)
- Delictdiagnostiek (gezamenlijke delictscenario procedure)

2.3.2. Risicotaxatie en –management

In de heroriëntatiefase worden de risicotaxatie en het signaleringsplan periodiek geactualiseerd. In deze fase gaat het erom dat de patiënt zijn risicofactoren leert herkennen ('triggers'), zijn beschermende factoren en leert wat te doen en laten om recidive te voorkomen; dit maakt onderdeel uit van de behandeling. Op basis van de risicotaxatie wordt bepaald welke vaardigheden van de patiënt op welke manier verbeterd kunnen worden.

Risicotaxatie en -management

- Actualisatie risicotaxatie
- Actualisatie uitkomsten taxatie in behandelplan en signaleringsplan / terugvalpreventieplan
- Agressieregulatie en impulscontrole trainingen ([Agressieregulatie op maat](#))

2.3.3. Behandeling

Samen met de patiënt en zijn naasten wordt het behandelplan geëvalueerd en huidige behoeftes worden hierin geïntegreerd. Vervolgens wordt bekeken welke interventies passend zijn, waarbij rekening wordt gehouden met eventueel eerder gevolgde therapieën en trainingen. Het behandelplan wordt besproken in het multidisciplinaire team, opdat iedereen op de hoogte is en er kan worden gewerkt aan een integrale behandeling. Het is van belang om de voortgang van de gevolgde therapie/training in te brengen in het multidisciplinair overleg, zodat deze geïntegreerd wordt in de behandeling en niet een losstaande interventie blijft.

Interventies die in deze fase passend zijn, zijn: leren omgaan met symptomen en medicatie (Lieberman modulen), praktische en sociale vaardigheidstrainingen; psychologische interventies; interventies voor verslaving; vaktherapie, gezinsinterventies, sociotherapie en milieu.

Behandeling

- Evaluatie en eventuele bijstelling van het behandelplan, in samenwerking met de patiënt en zijn naasten
- Evt. voortzetting psycho-educatie, farmacotherapie, medicatiemanagement
- Psychologische interventies ([CGT](#), systeemtherapie, traumabehandeling, rouwverwerking)
- Vaktherapie ([psychomotorische therapie](#), [muziektherapie](#) etc.)
- Liberman modulen ([Omgaan met symptomen](#), [Omgaan met medicatie](#)) en vaardigheidstrainingen
- Gezinsinterventies ([familie psycho-educatie](#), [familie peer-support](#) / [lotgenotencontact](#), [Critical Time Intervention](#))
- Interventies voor verslaving ([Community Reinforcement Approach](#), Libermanmodule Verslaving)
- Sociotherapie en milieu
- Fysische behandelmethoden

2.3.4. Resocialisatie

In deze fase spelen resocialisatie activiteiten zoals lotgenoten- en herstelgroepen; inzet van ervaringsdeskundigheid en destigmatisering; en ondersteuning bij sociale relaties, een belangrijke rol. Interventies bij geconstateerd zelfstigma zijn (groeps)psycho-educatie, psychotherapie of psychologische ondersteuning.

Resocialisatie

- Lotgenoten- en herstelgroepen ([Herstellen doe je zelf](#), [WRAP](#), [HEE](#))
- Dagactiviteiten en dagbesteding
- Ondersteuning sociaal netwerk en sociale relaties ([IRB](#), [EKc](#))
- Herstelondersteunende activiteiten en inzet ervaringsdeskundigheid
- Aandacht voor (zelf)stigma

2.4. Re-integratiefase

In de re-integratiefase gaat de patiënt weer betekenisvolle activiteiten, relaties en rollen aan. Ook komt de patiënt steeds meer in de eigen kracht en kan hij omgaan met de kwetsbaarheid en beperkingen. De patiënt is meer naar buiten gericht en zet concrete stappen richting participatie in de samenleving en het voorkomen van terugval/recidive.

2.4.1. Diagnostiek

De diagnostiek is in deze fase vooral gericht op het bepalen van zorgbehoeften en onderzoek naar het sociaal en maatschappelijk functioneren in de toekomst.

Diagnostiek

- Sociaal en maatschappelijk functioneren en zorgbehoeften (CANSAS)

2.4.2. Risicotaxatie- en management

Naast monitoring is de risicotaxatie in deze fase vooral gericht op de geleerde vaardigheden en beschermende factoren. Deze vormen de input voor het terugvalpreventieplan. In de re-integratiefase ondersteunt risicotaxatie ook de communicatie (naar vervolgzorg) over risico's. Verder is in deze fase veel aandacht voor interventies die terugval en recidive in de toekomst kunnen voorkomen.

Risicotaxatie en -management

- Actualisatie risicotaxatie
- Actualisatie en evaluatie signaleringsplan / terugvalpreventieplan, gericht op de toekomst
- Bespreking risico- en beschermende factoren en terugvalpreventieplan met de toekomstige hulpverlener
- Voorkomen van terugval en recidive ([Betere Start](#), [Caring Dads](#), [CoVa 2.0](#), [CoVa Plus](#), [Leefstijl 24/7](#), [Alcohol en Geweld](#))

2.4.3. Behandeling

In deze fase kunnen interventies die in de eerdere twee fasen zijn ingezet, indien gewenst, nog worden voortgezet. De nadruk ligt in deze fase op het versterken van praktische en sociale vaardigheden gericht op de toekomst en het versterken van empowerment en zelfmanagement.

Behandeling

- Evaluatie en eventuele bijstelling van het behandelplan, in samenwerking met de patiënt en zijn naasten
- Voortzetting farmacotherapie, medicatiemanagement, psychosociale interventies (indien gewenst)
- Versterken zelfmanagement ([Community Reinforcement Approach](#), [Illness Management and Recovery](#))
- Boostersessies eerder gevolgde therapieën

2.4.4. Resocialisatie

In deze fase spelen resocialisatie-activiteiten een heel belangrijke rol. Eerder ingezette activiteiten uit de vorige fasen (zoals herstelgroepen en sociaal netwerkinterventies) worden indien gewenst gecontinueerd, daarnaast gaat specifieke aandacht uit naar andere levensgebieden, zoals wonen, onderwijs en (betaald) werk, financiën en intieme relaties. Hierbij wordt nauw samengewerkt met andere ketenpartners. Gezien de beperkingen die psychotische stoornissen met zich mee kunnen brengen, is het van belang de belastbaarheid van de patiënt te analyseren. Naast sedatie met medicatie, blijvende positieve symptomen en prikkelgevoeligheid kunnen negatieve symptomen de drijfveer tot resocialisatie-activiteiten verminderen. Wat betreft werk moet bij psychotische patiënten extra rekening worden gehouden met een geringe belastbaarheid. Hierbij kan gedacht worden aan kortere werktijden en lagere fysieke belasting.

Resocialisatie

- Woonbegeleiding (Housing First, CTI, [FACT](#))
- Begeleiding onderwijs en werk ([IPS](#), [IRB](#), [SRH](#), [Strengths](#), [begeleid leren](#))
- Lotgenoten- & herstelgroepen ([Herstellen doe je zelf](#), [WRAP](#), [HEE](#))
- Ondersteuning intieme relaties & voorkomen van SOA
- Financiële en materiële hulpverlening
- Samenwerking reclassering en maatschappelijke organisaties
- Herstelondersteunende activiteiten en inzet ervaringsdeskundigheid
- Aandacht voor (zelf)stigma

Literatuur

Appelo, M & M. van der Gaag (1998). Cognitieve gedragstherapie bij psychosen. Houten: Diegem, Bohn StafleuVan Loghem 1998.

Appelo, M. (2007). Socratisch Motiveren. Amsterdam: Boom.

Barkhof, E., Meijer C.J., de Sonnevile, L.M.J., Linszen, D.H., & de Haan, L. (2013). The effect of motivational interviewing on medication adherence and hospitalization rates in nonadherent patients with multi-episode schizophrenia. *Schizophr Bull*, 39, 1242-51.

Boevink, W., Prinsen, M., Elfers, L, Dröes, J., Tiber, M. & Wilrycx, G. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 1, 42-54.

Chien, W.T., Mui, J.H., Cheung, E.F., Gray, R. (2015). Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Trials*, 16, 270. Published online 2015 Jun 14. doi: 10.1186/s13063-015-0785-z

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014). Psychotische Stoornissen. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen. Versie 2.2.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2015). Basis Zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten. Versie 2.4.

Gestel-Timmermans, H. van, C. Place, M. van Vugt, S. van Rooijen, C. van Nieuwenhuizen (2015). Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie. KFZ.

GGZ Nederland (2013). Handreiking veilig fysiek ingrijpen. Retrieved from: <http://docplayer.nl/1979838-Handreiking-veilig-fysiek-ingrijpen.html>

Helm, P. van der, U. Kröger, P. Schaftenaar, J. van Vliet (2013). Leefklimaat in de klinische forensische zorg. Amsterdam: SWP.

Hollander, D. den, J.P. Wilken (2016). Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. SWP.

Klaasen H.W. (2014). Bondgenoten. Hoe familie en hulpverleners in de psychiatrie kunnen samenwerken. Amsterdam: Boom.

Leede, P. de, P. van der Helm, Y. Voskes (2016). Werkboek FHIC. High en Intensive Care uit forensisch perspectief. KFZ.

Mierlo, T. van., Bovenberg, F., Voskes, Y., & Mulder, N. (2013). Werkboek HIC. High en Intensive care in de psychiatrie. Utrecht: Tijdstroom.

Miller, W.R., S. Rollnick (2002). *Motivational Interviewing: Helping People Change*, 3rd Edition (Applications of Motivational Interviewing).

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. Versie 2.0. Utrecht: De Tijdstroom.

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz (2017). Zorgstandaard Psychose.

Prochaska JO, DiClemente CC: Toward a comprehensive model of change, in Miller W, Heather N (eds.): Treating Addictive Behaviors. New York, NY: Plenum Press, 1986.

Rooijen, S. van, M. van Boxtel (2013). Rehabilitatie en herstel binnen de forensische setting. Tijdschrift voor rehabilitatie en herstel, 1, 35-47.

Place, C. (2011). Een positieve kijk op de forensische zorg: kansen voor preventie, behandeling en nazorg. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rapp, C.A. & Goscha, R.J. (2006). The strengths Model: Case Management with people with Psychiatric Disabilities. Oxford: University Press.

Staring, T., Van den Berg, D., Baas, J., & Van der Gaag, M. (2014). Gedachten Uitpluizen. Therapeutische technieken en vaardigheden boek. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose.

Staring A.B., Van der Gaag, M., Koopmans, G.T., Selten, J.P., Van Beveren, J.M., Hengeveld, M.W., e.a. (2010). Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 197, 448–455.

Tielens, J. en M. Verster (2010). *Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.

Tielens J. (2012) In gesprek met psychose. Utrecht: De Tijdstroom.

Wamel, A. van, Rooijen, S. van, & Kroon, H. (2015). Integrated treatment: The model and European experiences. In G. Dom (ed.), F. Moggi (ed.), Co-occurring addictive and psychiatric disorders: A practice-based handbook from a European perspective (pp. 27-45).

Wilken, J.P. (2012). Het verloop van herstelprocessen. In: Tijdschrift voor Rehabilitatie & herstel, 3.