

# Veiligheid en beveiliging: Piet Roordakliniek

## Tactus Verslavingszorg

Apeldoorn, juni 2010

### Inleiding

Veiligheid is een belangrijk onderwerp in de tegenwoordige forensische zorg. Het is één van de meest belangrijke criteria is geworden voor opname van een cliënt. Aan de opname van de cliënt liggen allerlei criteria ten grondslag, maar praktisch gezien is het nu eenmaal van belang om zo zeker mogelijk te weten of de cliënt voldoende beveiligd is op de behandellocatie en of de behandeling bijdraagt aan een grotere veiligheid in de toekomst. Recidivereductie is hierin het toverwoord.

Het blijft echter lastig om te zeggen wanneer het veilig is en welke interventies dit verhogen. Voor de een is het slechts van belang dat de cliënt niet zelfstandig de deur uit kan komen, voor de ander is dit een beperking van de behandeling en zal deze streven naar een hogere mate van zelfstandigheid.

Zoals meestal het geval is, lijkt de waarheid ergens in het midden te liggen. Waar in het midden, is vooral afhankelijk van de doelgroep die behandelt wordt en wat de mogelijkheden en beperkingen hiervan zijn. Dit roept om duidelijkheid. Inzet van onderzoek is daarom noodzaak om tot een heldere conclusie te komen, wanneer behandeling resulteert in meer veiligheid. Wanneer komt behandeling tot recidive reductie, is een vraag die onderzocht en beantwoord dient te worden.

Voor de cliënt, voor onze werkers, voor de maatschappij en voor onze financierders.

In dit artikel wordt een beeld geschetst van de manier waarop de FVK Piet Roordakliniek omgaat met veiligheid en beveiliging. We hopen hiermee duidelijkheid te creëren over de ruimte en grenzen van onze behandeling als het gaat om veiligheid, en dit tevens te koppelen aan onze behandelvisie. Onze visie op behandelen heeft zich de afgelopen jaren verder uit gekristalliseerd, wat heeft geleid tot een zeer geëigende wijze van werken, waarin 'leren door ervaring' centraal staat. Een werkwijze die door zijn verbinding tussen veiligheid en een geëigende behandelvisie, zijn vruchten afwerpt.

Dit artikel zal op zeer praktische wijze naar de werkwijze, indeling van locaties, samenwerkingsverbanden, etc kijken. Een overzichtelijk beeld, waarin de behandelvisie een samenbindende factor speelt.

Agnes de Vries

FVK Piet Roordakliniek – voorlichting & training

## **Inhoudsopgave:**

### **Inleiding**

#### **De Piet Roordakliniek**

##### ❖ Locaties:

- Locatie Apeldoorn
- Locatie Beneden Leeuwen
- Begeleid / Beschermd wonen (regio) Apeldoorn / Beneden Leeuwen

#### **Materiële veiligheid**

- Hek / poort
- Indeling / inrichting
- Piepers
- Bezetting

#### **Immateriële veiligheid**

- Visieontwikkeling
- Onderzoek
  - AIAR
  - DD Monitor
- Methodiekontwikkeling
  - Risicotaxatie
  - Terugvalpreventie
  - Tijdsindeling behandeling & formulierenset
- Indicatiestelling & Intake
- Werk & scholing
- Beveiliging (24 uur)
- Ketenpartners
- Voorlichting

#### **Personele Veiligheid**

- Personeelsbeleid
- Rolverdeling & verantwoording
- Training Omgaan met Agressie en Controle Fysieke Beheersing
- Middelenkennis & kennis van verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en psychiatrische ziektebeelden
- Teambuilding / Intervisie
- Achterwacht

### **Nawoord**

### **Bijlagen**

### **Verwijzingen**

## **De Piet Roordakliniek**

De Piet Roordakliniek is opgedeeld in een tweetal klinische locaties, met daarnaast een aantal resocialisatieplekken, verdeeld over verschillende woningen.

Per locatie is het van belang om een inschatting te maken welke mate van beveiliging het nodig heeft, of beter gezegd welke mate van beveiliging de cliënten die er verblijven nodig hebben. Cliënten kunnen, op basis van beslissing uit de intakeprocedure, starten met behandeling op een van beide locaties; afhankelijk van de gewenste mate van beveiliging en zorgintensiteit.

### **❖ Locaties en fasen in behandeling:**

- Apeldoorn

De Piet Roordakliniek, locatie Apeldoorn, is gelegen in de prachtige omgeving aan de noordwest kant van Apeldoorn, vlak bij Paleis het Loo. Een wonderlijke plek voor een kliniek als deze, omdat het gesitueerd is in een van de meest luxueuze buurten van Apeldoorn.

De locatie in Apeldoorn is in beginsel de start van het behandeltraject bij de Piet Roordakliniek. Deze locatie is ingericht op de eerste 'besloten' fase van de behandeling. Filosofie van het eerste deel van de behandeling is om in gesprek te komen met elkaar, en vanuit dit contact een relatie op te bouwen die de ruimte geeft om te experimenteren met vrijheid. Om hiermee te kunnen starten is er een duidelijke beginpositie nodig, die letterlijk begrenst moet worden. Zoals je een kind leert dat het tot aan het hek mag komen (en niet daarbuiten!), is ook hier de praktische werkelijkheid dat er duidelijke grenzen gesteld worden in de behandeling en binnen dit kader de behandelaar en cliënt samen de behandeling invullen. De grens ligt daar waar het nog veilig is, en dit heeft zowel te maken met de cliënt zelf als zijn omgeving.

Om het risico op terugval in gedrag (zowel verslavingsgedrag als delictgedrag) in beeld te krijgen, is vanaf de start van behandeling de prioriteit om zicht te krijgen op verslavings- en delictgedrag en hiervoor de signalen in kaart te brengen. Deze signalen zijn vaak terug te vinden in hoe de cliënt eerder is omgegaan met allerlei situaties en hoe hij zich heeft ontwikkeld. Al deze informatie wordt verzameld tot een keten van stappen die een duidelijk beeld geven van de stappen die de cliënt in gedrag en gedachten maakt naar gebruik van middelen en/of een delict. Deze keten noemen wij de Delict en Middelen Keten (zie bijlage). Deze informatie vormt de basis waarop het vrijheden beleid wordt ingezet. In de begin fase betekent dit voor de cliënt dat hij niet zelfstandig het terrein mag verlaten, maar wel onder begeleiding. Vaak zijn de momenten waarop de cliënt onder begeleiding het terrein verlaat een moment waarop veel informatie kan worden vergaard door observatie van de reacties van de cliënt en het nabespreken van zijn ervaringen.

Naar mate de behandeling vordert en de signalen voor risico op verslavingsgedrag en delictgedrag steeds duidelijker worden, is hiermee een plan geboren: het Signaleringsplan (zie bijlage). Dit plan blijft de rest van de behandeling een belangrijk onderdeel van de interactie met de cliënt en is ons inziens een onmisbaar item bij overgang naar een vervolgsetting, zelfs als de cliënt zelfstandig gaat wonen. Het Signaleringsplan biedt de cliënt en zijn omgeving een houvast om signaleren te herkennen en hierop acties te ondernemen ter voorkoming van een terugval.

Het Signaleringsplan is geen statisch document, maar een actief plan van de cliënt dat mee ontwikkelt met de cliënt en blijft daarmee houvast bieden in nieuwe situaties.

Als vervolg op de eerste fase van behandeling zijn er twee mogelijkheden. De cliënt stroomt bij voldoende ontwikkeling en zelfstandigheid door naar de locatie in Beneden Leeuwen, of de cliënt vervolgt zijn behandeling in Apeldoorn en bouwt op deze locatie meer vrijheden op en bereid zich voor op resocialisatie. Vervolg van behandeling is dus niet per definitie verbonden aan een locatie.

- Beneden Leeuwen

De locatie in Beneden Leeuwen omschrijft zich als de vervolgfase in behandeling waarbij er gebruik wordt gemaakt van een meer open setting, waarin de vorm van behandeling wordt voortgezet. De behandeling in Beneden Leeuwen is met name gericht op de voorbereiding op zelfstandig, begeleid, of beschermd wonen en is een open behandelfase.

Zoals bij de locatie Apeldoorn al is aangegeven dat de locatie niet altijd leidend is voor de fase van de behandeling blijkt uit het feit dat cliënten ook de mogelijkheid hebben om te starten met behandeling in Beneden Leeuwen. Logischerwijs heeft de cliënt dan al een bepaalde mate van zelfstandigheid ontwikkeld in een eerdere behandeling/setting, of heeft hij nog voldoende vaardigheden in zich om meer vrijheid aan te kunnen. Vanzelfsprekend vind er in het eerste deel van de behandeling in Beneden Leeuwen een soortgelijke start en analyse plaats met cliënt zoals beschreven bij locatie Apeldoorn. Na de locatie in Beneden Leeuwen zijn er verschillende mogelijkheden om te resocialiseren; variërend van zelfstandig wonen met evt. poliklinische begeleiding tot Intensief Beschermd Wonen.

- Begeleid / Beschermd wonen (regio) Apeldoorn / Beneden Leeuwen

Uit de voorgaande beschrijving wordt duidelijk dat de cliënten vanuit beide locaties mogelijkheden voor resocialisatie nodig hebben. In de regio Beneden Leeuwen zijn enkele woonhuizen ingericht als resocialisatie woning, waar cliënten in verschillende aantallen en met meer of minder intensieve begeleiding toe werken naar meer zelfstandigheid.

In de regio Apeldoorn is al eerder geëxperimenteerd met enkele plekken voor begeleid wonen en stromen cliënten op dit moment nog door naar reguliere plekken voor begeleid wonen van RIWIS Zorg & Welzijn. In samenwerking met de RIWIS zijn er 22 plekken voor Intensief Beschermd Wonen gesitueerd in Apeldoorn, om de cliënten een passend vervolgtraject te bieden en ze voor te bereiden op een reguliere begeleid wonen plek.

## **Materiële veiligheid**

Veiligheid wordt voor een deel bepaald door materiele zaken. Dit is slechts een onderdeel van beveiliging en veiligheid. Met name de manier waarmee omgegaan wordt met materiele zaken bepaald of ze ook daadwerkelijk een rol van betekenis hebben voor de beveiliging en veiligheid in de kliniek.

Hieronder worden enkele materiële zaken besproken die een rol spelen in de beveiliging van de FVK Piet Roordakliniek.

- Afgesloten locatie d.m.v. hekwerk en toegangspoort

De locatie Apeldoorn is geheel omgeven met een hek, wat een duidelijke begrenzing van het terrein aangeeft. Het geeft via een afgesloten poort toegang tot het terrein. D.m.v. een intercom is een bezoeker of cliënt in staat om aan te geven dat hij of zij er in of uit wil. Voor een bezoeker is het van belang dat bekend is dat hij / zij aangemeld is als bezoeker. Voor een cliënt geldt dat bekend moet zijn of hij vrijheden heeft om zelfstandig de kliniek te verlaten. Dit wordt in multidisciplinair overleg onder verantwoordelijkheid van het hoofd behandeling besloten en er wordt, op basis van deze beslissingen, per dag een lijst aangeleverd bij de beveiliging waarop staat welke cliënt wanneer vertrekt en weer terug komt.

Medewerkers van de kliniek zijn in het bezit van een sleutel zodat ze zich te allen tijde toegang kunnen verschaffen tot het terrein.

Het terrein in Beneden Leeuwen is niet begrenst door het hek of andere afscheiding. Van de cliënten op deze locatie wordt meer zelfstandigheid verwacht, waarbij overleg en samenwerking plaatsvindt zonder de noodzaak van een letterlijke begrenzing.

- Indeling / inrichting

De ingang van locatie Apeldoorn volgt logischerwijs na een korte wandeling door de poort. Hiermee sta je onmiddellijk in het hart van de kliniek. Dit deel van kliniek is de ontvangstruimte en verbindt het oude deel en nieuwe deel aan elkaar. De 'weg naar buiten' voor elke cliënt, bezoeker en voor het personeel is via deze ruimte.

Via meerdere camera's in en om het huis is er goed zicht op de verschillende activiteiten in het huis, met name in die ruimtes waar niet altijd direct toezicht van de medewerkers op de werkvloer mogelijk is. Hiermee is de combinatie van grenzen, beelden en contact, samen een effectief systeem in de behandeling.

De locatie Beneden Leeuwen is in zijn indeling met name afwijkend van locatie Apeldoorn als het gaat om overzicht. Daar waar in Apeldoorn overzicht is door indeling en camera's, is het overzicht in Beneden Leeuwen gebaseerd op contact en samenwerking. De locatie biedt met haar vele gangen, trappen, kamers; veel ruimte om je als cliënt te onttrekken aan toezicht.

- Piepers (PZI)

Op beide locaties wordt gebruik gemaakt van een piepersysteem, voor de veiligheid van personeel en cliënten. Bij een alarmmelding wordt op de pieper aangegeven waar en evt. waarom het alarm plaatsvindt. Personeel wordt getraind op het ingrijpen in alarmsituaties. Deze training dient halfjaarlijks herhaald te worden, om daadwerkelijk bij te kunnen dragen aan de veiligheid. Tevens is het van belang om afspraken en praktische fysieke training regelmatig op de werkvloer te herhalen, om het tot een automatisme te laten worden.

- Bezetting

Op beide locaties zijn de afdelingen 24 uur bezet met personeel, waarvan de dagdiensten en avonddiensten tevens de rol van persoonlijk begeleider kunnen vervullen. Elke afdeling heeft een eigen team met medewerkers, zowel voor overdag als 's nachts. In het kader van vroegsignalering is het noodzakelijk om de cliënt goed te kennen en op de hoogte te zijn van signalen die leiden tot een risicosituatie. Op elke afdeling is 's avonds en 's nachts een slaapdienst aanwezig als aanspreekpunt voor de cliënten. Voor de resocialisatie woningen is het afhankelijk van de mate van zorg die nodig is, hoe de bezettingsgraad is ingedeeld. Voor de huizen die Intensief Beschermd Wonen bieden, geldt dat ze een 24-uurs bezetting bieden.

- Ontruimingsplan (calamiteiten, brandalarm)

Elke afdeling / medewerker is in het bezit van instructies bij calamiteiten. In het gebouw zijn op diverse plekken duidelijk zichtbaar en leesbaar ontruimingsplannen te vinden. Bij een brandalarm of andere calamiteit kan de aanwezige BHV'er in zijn of haar rol extra aansturing geven in de situatie.

## **Immateriële veiligheid**

- Visieontwikkeling

De basis van elke goede behandeling en dus ook van beleid omtrent veiligheid en beveiliging is visie. In een continu ontwikkeld veld van kennis over verslaving en delictgedrag is het ons gelukt om een visie te ontwikkelen en hierop de behandeling te bepalen. In deze ontwikkeling is er ook steeds meer van belang dat een behandeling evidence based is, wat in de combinatie verslaving-criminaliteit nog amper onderzocht en geregistreerd is. Werken met mensen geeft geen garanties en in het kader

van beveiliging en veiligheid is het dus van belang om te blijven zoeken naar de meeste effectieve wijze van behandelen, die uiteindelijk zal leiden naar een vermindering van recidive en terugval in verslaving. Dit alles vraagt een voortdurend blijven zoeken naar 'best practice', zoeken naar behandelmethoden met de meeste behandelresultaten en zelf participeren in het onderzoeksveld.

- Onderzoek
  - AIAR – Effectevaluatie Forensische Verslavingskliniek (FVK)

In 2007 verscheen de "Effectevaluatie van de Forensische Verslavingskliniek (FVK)", geschreven door Koeter en Bakker. In het onderzoek wordt onder andere aandacht besteed aan de populatie van de FVK en de effecten van de behandeling. Hierbij worden de resultaten steeds afgezet tegen de andere behandelinterventies die in de evaluatie worden onderzocht.

De Forensische Verslavingskliniek (FVK) is in 1998 officieel van start gegaan met de Piet Roordakliniek in Apeldoorn als besloten voorziening en het Buitencentrum Beneden Leeuwen (nu Piet Roordakliniek locatie Waalbandijk) als open en resocialisatieafdeling. In 2001 kwam een aantal problemen aan het licht ten aanzien van de cliëntenpopulatie, kennis en kunde van het personeel en afstemming met verwijzers. Als reactie daarop werd de focus meer gelegd op forensische verslavingszorg en werd de doelgroep nader afgebakend tot cliënten met zware justitiële titel en een strafverwachting van minimaal 6 tot 18 maanden.

Om het resultaat van de veranderingen in de werkwijze van de FVK te onderzoeken, werden in 2002 het Trimbos-instituut en het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) door het ministerie van VWS verzocht een onderzoek te doen naar het functioneren van de FVK. Het Trimbos-instituut voerde een procesevaluatie uit en het AIAR voerde de effectstudie uit. Het FVK effectonderzoek is gekoppeld aan het effectonderzoek van de strafrechtelijke opvang verslaafden (SOV) dat gefinancierd werd door het ministerie van Justitie.

Voor de effectevaluatie is gekozen is voor een quasi experimentele opzet met vier te vergelijken groepen:

- 1) FVK
- 2) Triple-Ex
- 3) SOV
- 4) een controlegroep bestaande uit regulier gedetineerden.

## Eindconclusie Effectevaluatie

Op basis van de bevindingen van het onderzoek levert de FVK significant en substantieel betere uitkomsten op het gebied van criminaliteit, verslaving en maatschappelijk functioneren dan reguliere detentie en

vergelijkbare uitkomsten als de Triple-Ex en de SOV. De eindconclusie van de effectevaluatie luidt dan ook dat de FVK een effectieve interventie is. De succespercentages zijn in absolute zin echter bescheiden. Een conclusie die je kunt trekken is dat behandelen zin heeft, vooral als je de regulier gedetineerden vergelijkt met de andere groepen.

o DD Monitor

De monitor Dubbele Diagnose is bedoeld voor klinische voorzieningen waar mensen met zowel (ernstige) verslavingsproblematiek als (ernstige) psychiatrische problematiek behandeld worden. In de Matrix van Minkoff zijn deze patiënten terug te vinden in het vierde kwadrant.

1. Psychiatrie laag Verslaving laag Milde psychiatrische problematiek met middelmisbruik	2. Psychiatrie hoog Verslaving laag Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenmisbruik
3. Psychiatrie laag Verslaving hoog Milde psychiatrische problematiek met middelen afhankelijkheid	4. Psychiatrie hoog Verslaving hoog Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenafhankelijkheid

De instrumenten die in de monitor worden toegepast, richten zich op diagnostiek, ervaren klachten, kwaliteit van leven, motivatie en kosten, De instrumenten worden op vier momenten tijdens de behandeling afgenomen: bij aanvang en afronding van de behandeling, en op twee tussentijdse momenten: na 5 weken en na 9 weken. De uitkomsten van de vragenlijsten worden met elkaar vergeleken. Deze resultaten kunnen daarmee ook gebruikt worden in de behandeling van de patiënt. Door de deelname van meerdere dubbele diagnose klinieken in Nederland kunnen we de resultaten van klinieken met elkaar vergelijken, waarmee deze monitor aanleiding geeft tot onderlinge uitwisseling tussen de DD klinieken van verschillende instellingen.

De doelstellingen van de dubbele diagnose monitor zijn:

Monitoren is een instrument dat het mogelijk maakt om de resultaten binnen de eigen organisatie te vergelijken met de prestaties van andere organisaties. Het gaat er hierbij om te "leren van de beste van de klas". Daarbij staat voorop om samen te kijken op welke manier deze erin slaagt de beste van de klas te zijn en vervolgens zelf te proberen dit over te nemen. Competitie in plaats van concurrentie. Monitoring is geen wetenschappelijk onderzoek in strikte zin. Met andere woorden: vergelijkingen zullen, door onderlinge situatieverschillen van instellingen, nooit kunnen leiden tot wetenschappelijk getoetste uitspraken over vooraf opgestelde hypothesen. De verzameling van gegevens voor het proces van monitoring moet wel verantwoord gebeuren. Dat wil zeggen dat de metingen betrouwbaar en valide moeten zijn, zodat eventuele verschillen

niet zonder meer aan een toeval kunnen worden toegeschreven. In die zin volgt monitoring dus wel een wetenschappelijke methode.

Aanpassingen op het traject van de Piet Roordakliniek:

We doen mee aan de DD-Monitor, maar voeren daarin wel een enigszins eigen koers.

Uitgangspunt was ons eigen "Meetvoorstel FVK". Daarin is een voorstel gemaakt van een set psychodiagnostische lijsten waarvan wij vinden dat ze bij de FVK-populatie zouden moeten worden afgenomen. Om een beeld te krijgen van de populatie (wie zitten er nu eigenlijk bij ons) maar ook om zicht te krijgen op resultaten van behandeling. Bijvoorbeeld door het afnemen op gezette tijden van symptoom-checklijsten.

Veel van de door ons gekozen instrumenten komen ook voor in de DD-Monitor, maar we hebben zelf nog lijsten toegevoegd over bijvoorbeeld agressie en impulsiviteit. Deze keuze is gemaakt, juist omdat we daar als Piet Roordakliniek ons op richten in de behandeling.

Op dit moment is een start gemaakt door onze onderzoekscoördinatoren op de 2 locaties. Nog niet alle lijsten uit het meetvoorstel worden afgenomen, maar wel een gedeelte. We werken volgens een groeimodel, waarin steeds meer lijsten worden afgenomen tot het hele voorstel wordt gedekt.

- Methodiekontwikkeling

Op basis van de kennis die er is, is er een ontwikkeling in gang gezet om tot een sluitende methodiekontwikkeling te komen voor de behandeling van deze groep cliënten. Veiligheid en beveiliging spelen hierin een cruciale rol. In de start van de behandeling is dit duidelijk te herkennen in het afnemen van instrumenten voor risicotaxatie, het opstellen van een signaleringsplan om vroegtijdig risico's te signaleren. Met name het signaleringsplan blijft leidend door de gehele behandeling, ook in de resocialisatieperiode en zelfs als de cliënt nog ambulante nazorg ontvangt. Als methodiek verdient dit een centrale rol in de behandeling, waarmee voortdurend gekeken wordt naar risicofactoren en het inzetten van aangeleerde vaardigheden om terugval te voorkomen.

- Risicotaxatie & Terugvalpreventie

Bekrachtigen van gedrag in veiligheid proberen we te realiseren door het behandelaanbod richting te geven vanuit risicotaxatie. De structuur van de HCR-20 wordt gevolgd als basis voor risicomangement. Belangrijk is de plaats van middelen en (psychiatrische) stoornissen in de delictanalyse. Staan deze centraal dan valt in de praktijk risicomangement goeddeels samen met behandeling van de stoornis. Symptoomreductie en controle over gebruik maken dat verdere stappen naar criminaliteit doorgaans niet gemaakt worden. Het door ons gehanteerde signaleringsplan richt zich op het bijtijds herkennen van de eerste stappen van terugval in verslaving of een stoornis. Hiermee wordt getracht de vrijheden, verlopen en

activiteiten buiten de kliniek op een maatschappelijk acceptabel niveau van veiligheid te laten verlopen.

○ Tijdsindeling behandeling & formulierenset

Om een beeld te geven van de indeling van de behandeling en de te gebruiken formularia hierbij, hieronder een schematische weergave van de eerste 3 maanden van behandeling. Registratie is een belangrijk item als het gaat om inschatting van recidive en terugval in verslaving. Door dit vast in te plannen in overlegvormen, vind het een continue controle plaats en samenwerking tussen de verschillende disciplines.

Week -1	Week 0	Week 1-3	Week 3-6	Week 6-3 maanden
<b>Voor Intake</b>	<b>Intake (altijd locatie Apeldoorn)</b>	<b>Opname</b>	<b>1<sup>e</sup> evaluatie</b>	<b>2<sup>e</sup> evaluatie</b>
Mate Crimi	Zorgplan	HCR-20	Delict en Middelen keten	Zorgplan (definitief)
	BBO	MATE Crimi	Terugval-preventieplan	
	Intakeverslag		Psychologisch testonderzoek	Risicotaxatie in ontwikkelingstak en
		Werkplan	Werkplan	Werkplan
		Competentie analyse	Relatietabel	

• Indiciestelling & Intake

In de huidige ontwikkelingen rondom indicatiestelling, is het van belang om een duidelijk beeld te kunnen schetsen van de mogelijkheden, grenzen en inhoud van de behandeling. Onafhankelijke rapporteurs van het IFZ (onderdeel van NIFP) zijn aangewezen om een indicatieadvies te maken over een aangemelde cliënt, waarbij het adviesrapport moet leiden naar een indicatiestelling voor een specifieke behandeling (zorgintensiteit) met de juiste vorm van veiligheid (beveiligingsintensiteit) (zie ook de bijlage Forensische Zorg).

De, tot nu toe gebruikelijke, intake heeft hiermee een nieuwe invulling gekregen. De intaker bereidt zich voor d.m.v. de verstrekte informatie van de rapporteur van het IFZ en de verwijzer. De vraagstelling of cliënt geschikt is voor opname bij de Piet Roordakliniek wordt kritisch bekeken, maar in beginsel wordt er toegewerkt naar de eerste opzet van een Zorgplan. Hierin staat duidelijk vermeldt onder welke voorwaarden en met welke aandachtspunten de cliënt in behandeling zou kunnen gaan bij de Piet Roordakliniek. Dit Zorgplan wordt met cliënt besproken en als hij

hiervoor zijn akkoord geeft kan de cliënt geplaagd worden op de opnamelijst.

Screening van informatie over cliënten en de intake, zijn nog steeds een belangrijke stap in het indicatieproces. Hierin kan voorkomen worden dat er cliënten geplaagd worden waarvan we van tevoren kunnen inschatten dat de behandeling niet aansluit bij de combinatie van problematiek, delict, persoonlijkheid, en andere factoren die in de behandeling meespelen.

- Werk & scholing

Toekomstperspectief is een belangrijke factor in de behandeling. Dat dit ook realistisch moet zijn lijkt een open deur. Voor onze cliënten is dit iets wat ze moeten leren ontdekken. Met name in het eerste deel van de behandeling dient de nadruk te liggen op het inventariseren, observeren, diagnosticeren; zodat er een duidelijk beeld ligt waar de mogelijkheden en beperkingen liggen van de cliënt. Dit beeld komt echter lang niet altijd overeen met de visie van de cliënt. Hiermee begint het volgende proces van ervaringsleer en werkt de cliënt langzamerhand toe naar het accepteren van zijn mogelijkheden en beperkingen. Vaak is dit een proces van rouwverwerking.

Toekomstperspectief speelt een belangrijke rol in de motivatie van de cliënt en dus in het risico op terugval in delictgedrag en verslaving.

- Beveiliging (24 uur)

Naast aanwezigheid van 'zorg' personeel op de afdelingen, is er op de locatie in Apeldoorn ook 24 uur een beveiligingsmedewerker aanwezig. Deze medewerker speelt een belangrijke rol in de fysieke veiligheid, door zicht te hebben op de gegevens van de camera en de poort te bedienen voor het in en uit laten van cliënten en bezoekers. Tevens voert deze medewerkers regelmatig controles uit door het gehele gebouw en is een eerste aanspreekpunt voor bezoekers en bellers. Het is dus van groot belang dat deze medewerker goed geïnformeerd wordt door de afdelingen over het in en uitgaan per dag, zodat hij/zij hierin een juiste beslissing kan nemen.

- Ketenpartners

In de zorg voor een groep cliënten waarvan bekend is dat zij veelal buiten de boot vallen, moeilijk te vangen zijn in een hulpverleningstraject en nog moeilijker te motiveren om te blijven, is samenwerking met onze ketenpartners van groot belang. Al in een vroeg stadium in de motivatie naar behandeling proberen we contacten te leggen met de cliënt, hem voor te bereiden op de mogelijkheden, en de PI waar hij verblijft en zijn reclasseringswerker te ondersteunen in het traject naar behandeling. Hiermee zijn gelijk de eerste ketenpartners genoemd. In het beginstadium zijn het de PI, de reclassering, de rapporteurs van het NIFP, eerdere behandelaren/instellingen. Met name de toezichthoudende reclasserder blijft een belangrijke rol spelen, maar ook de gemeente, en later bijvoorbeeld het RIBW. Al deze partners zijn een belangrijke spil het

ondersteunen en begrenzen van de cliënt. Hiermee wordt de veiligheid en beveiliging ook mede ingevuld door samenwerking met deze partners.

- Voorlichting

Aansluitend het onderdeel: 'het informeren van ketenpartners en cliënt over de behandeling'. 'Kennis is macht' is een bekend spreekwoord en geeft aan hoe belangrijk het is om goed geïnformeerd te zijn. Kennis geeft regie en regie geeft motivatie. En zowel onze cliënt als onze samenwerkingspartners zullen meer gemotiveerd zijn om met ons samen te werken als we gezamenlijk regie voeren over het uit te stippelen behandeltraject. Hierin is het verstrekken van informatie een belangrijk onderdeel in het proces naar behandeling. Dit is ook duidelijk terug te zien in de theorie van Prochaska en DiClemente (zie bijlage). Om van de Voorbeschouwingsfase over te gaan naar de Overpeinzingsfase, is de belangrijkste gesprekstechniek 'Informatie verstrekken'. Je kunt pas tot een beslissing komen als je geïnformeerd bent, je kunt pas de regie terugnemen als je een beslissing kunt nemen. Je kunt pas gemotiveerd raken als je weet wat er te kiezen valt. Ook binnen een drang en dwang kader staat of valt de behandeling bij de motivatie van de cliënt. Dat dit veel meer is als iemand die zegt dat hij het zo graag wil, moge duidelijk zijn. Vaak is motivatie bij aanvang van behandeling niet of nauwelijks zichtbaar. Aan ons de taak om onze cliënten te leren zichzelf te motiveren.

## **Personele Veiligheid**

- Personeelsbeleid

Zicht hebben op de cliënt en zijn systeem geeft enorm veel informatie. Signalen die leiden tot een terugval, delictgedrag of verslavingsgedrag zijn een belangrijke graadmeter om beslissingen te nemen over de ruimte die een cliënt gegeven wordt binnen zijn behandeling op dat moment. Hiervoor dien je te beschikken over voldoende, goed geschoold, personeel. Zij zijn in staat om signalen te leren herkennen en hierop te anticiperen. Zij kunnen dit te delen met collega's en dit om zetten in een duidelijk behandelaanbod naar de cliënt. Een stevige persoonlijkheid, enige werk- en levenservaring, en de juiste opleiding afhankelijk van de functie (MBO, HBO, Universitair) zijn essentiële onderdelen.

- Rolverdeling & verantwoording

Werken aan de ingewikkelde problematiek die onze cliënten laten zien, betekent stukje voor stukje de cliënt in beeld krijgen. Voorwaarde hiervoor is multidisciplinair werken. Elke discipline heeft zijn verantwoording voor het onderdeel waarin het deskundig is. De persoonlijk begeleider heeft hierin een spilfunctie. De cliëntenbespreking staat als moment centraal om alle informatie vanuit de verschillende disciplines te verzamelen en tot een eenheid te maken. Daarna blijft elke discipline op zijn eigen terrein vinger aan de pols houden, behandelen en begeleiden. In de cliëntenbespreking wordt d.m.v. een terugkoppeling het

werkplan aangepast met de ontwikkeling van de cliënt en nieuwe doelstellingen. Verantwoording voor het Zorgplan ligt bij de afdelingspsycholoog (met eindverantwoording Hoofd behandeling), de verantwoording voor het Werkplan ligt bij de persoonlijk begeleider (sociotherapeut).

- Training Omgaan met Agressie en Controle Fysieke Beheersing Medewerkers van beide locaties van de Piet Roordakliniek maken gebruik van een piepersysteem, waarbij het alarmsignaal gaat bij alarmering door een personeellid. Medewerkers worden getraind in het adequaat reageren op een alarm. Hierbij is duidelijk:

- wie de leiding neemt
- welke rollen er ingevuld moeten worden
- wat de mogelijkheden en beperkingen zijn
- welke verbale en fysieke technieken hier voor zijn
- waar de grenzen liggen m.b.t. de inzet

Beide trainingen worden verzorgt vanuit Tactus en zijn vanaf 2009 officieel een verplicht onderdeel worden van de scholing van medewerkers bij de Piet Roordakliniek.

- BHV

Binnen de kliniek zijn er per locatie een aantal medewerkers getraind als BHV'er. Deze medewerkers worden regelmatig getraind, en zijn het aanspreekpunt voor alle collega's. BHV richt zich op het trainen van medewerkers in het coördineren bij calamiteiten in het kader van ontruiming, redding en schadebeperking.

- Middelenkennis & kennis van verslaving, persoonlijkheidsproblematiek en psychiatrische ziektebeelden

Het signaleren van verslavingsgedrag en risicosituaties is de kernbezigheid voor sociotherapeuten op de afdelingen van beide locaties. Enkele methodieken die hiervoor gebruikt worden zijn al beschreven. Echter, werken met een methodiek zonder kennis van de middelen en problematiek van de cliënt, is gedoemd te mislukken. De werking van deze methodieken ligt gegrond in de kennis van verslaving, middelen, persoonlijkheidsproblematiek en psychiatrische ziektebeelden. Samen vormen zij een complex geheel waarbinnen de signalen een juiste beoordeling kunnen krijgen met daaraan gekoppeld de meest effectieve actie. Zonder kennis en inzicht van de medewerker is de methodiek slechts een lege huls.

- Teambuilding / intervisie

Al eerder is het multidisciplinair werken aangehaald als methodiek om een compleet beeld te vormen van de cliënt. Om als team samen goed te werken, is het van belang om elkaar recht in de ogen te kunnen kijken en op elkaar te kunnen vertrouwen. Met name in het werk met cliënten die fantastisch kunnen manipuleren, die je regelmatig op het verkeerde been zetten en vooral heel druk bezig zijn met hun eigen belang. Hierin is het

als team de kracht om als eenheid te functioneren, samen de afspraken en werkwijze te dragen. Regelmatig aandacht voor dit onderwerp is belangrijk om het team de stevigheid en veiligheid te bieden die het nodig heeft om deze cliëntengroep goed te kunnen begeleiden en behandelen.

- **Achterwacht**

De Piet Roordakliniek is een klinische instelling met 24-uurs zorg. Dit betekent in de praktijk dat de medewerkers ook op de niet reguliere tijden gebruik moeten kunnen maken van de ondersteuning van een behandelaar of leidinggevende. Hiervoor is een achterwacht ingesteld, zowel voor medische zaken als voor beslissingen van meer organisatorische aard. Natuurlijk gaat het om zaken die niet kunnen wachten, waar een directe beslissing moet worden genomen.

## **Nawoord**

Na dit, uitgebreide verslag van de factoren waarin veiligheid een rol speelt in de behandeling van de Piet Roordakliniek, een nawoord.

Dit artikel schrijvend, roept het nog meer drang op naar onderzoek en rechtvaardiging van de door ons gekozen werkwijze.

Een moeilijke vraag, juist omdat ons werkgebruik uit zoveel verschillende probleemstellingen bestaat. Een haast onmogelijke klus om te onderzoeken wat de werkzame factor is in het geheel, omdat de andere werkzame delen er niet 'even' uit gefilterd kunnen worden. Desondanks zullen we, daar waar mogelijk, onderzoek doen om het mysterie van de werkzaamheid van behandeling boven tafel te krijgen. En dat hiermee een nieuw, en meer compleet, antwoord gegeven wordt op vragen over veiligheid is wat ons betreft een feit.

## Bijlagen

- **Bijlage Begripsbepaling**

Veiligheid is een algemeen begrip. Vraag het de gemiddelde Nederlander op straat en je zult verschillende antwoorden krijgen. En dat is ook logisch, omdat het niet alleen een statisch begrip is maar alles te maken heeft met je eigen beleving. Ook een belangrijke factor is de context van waaruit je spreekt. In de onderstaande definitie wordt dan ook gesproken van rationele veiligheid en denkbeeldige veiligheid. Zo gemakkelijk als de scheidslijn lijkt op papier, zo moeilijk is deze neer te leggen in de dagelijkse praktijk.



De definitie van veiligheid en beveiliging:

*Wikipedia zegt:*

**Veiligheid** is de mate van afwezigheid van potentiële oorzaken van een gevaarlijke situatie of de mate van aanwezigheid van beschermde maatregelen tegen deze potentiële oorzaken. Het begrip veiligheid bestaat zowel rationeel als denkbeeldig. Rationeel kunnen er allerlei berekeningen worden toegepast op een situatie om te bepalen of deze veilig is. Daarnaast is er nog denkbeeldige veiligheid. Iemand kan zich veilig voelen maar het rationeel gezien niet zijn en andersom. Dit wordt ook wel schijnveiligheid (resp. schijnonveiligheid) genoemd.

**Beveiliging** is het treffen van maatregelen om een te beveiligen doel te beschermen tegen schadelijke invloeden. Die invloeden kunnen van buitenaf komen, zoals [terrorisme](#) en georganiseerde [criminaliteit](#), maar ook van binnenuit, bijvoorbeeld [fraude](#) en [verduistering](#). Beveiliging is een manier [risico](#)'s te verminderen en beheersbaar te maken en de [veiligheid](#) te verhogen.

De noodzaak tot beveiliging, alsmede de mogelijkheden tot en beperken van het realiseren ervan wordt geregeld in wetten en regels. Toezichthouders zien toe op naleving ervan.

*De definitie van criminaliteit en verslaving:*

**Criminaliteit** kan zeer algemeen worden gedefinieerd als: "alles wat door een [bepaling](#) strafbaar is gesteld". Wat als criminaliteit wordt beschouwd kan dus verschillen van [maatschappij](#) tot maatschappij, naargelang van de heersende [normen](#).

**Verslaving** is een toestand waarin een persoon fysiek en/of mentaal van een gewoonte of stof afhankelijk is, zodanig dat hij/zij deze gewoonte of stof niet, of heel moeilijk los kan laten. Als het lichaam deze stof of gewoonte dan moet loslaten kunnen er ernstige ontwenningverschijnselen optreden bij deze persoon.

- **Bijlage Forensische Zorg**

**Uit: Indiciestellingsinstrument Forensische Zorg  
Combinaties van zorg en beveiliging**

*Binnen het breder terrein van forensische zorg in strafrechtelijk kader zijn alle mogelijke combinaties van samenhangende zorg en beveiliging mogelijk. In dit hoofdstuk wordt een aanzet gedaan om de belangrijkste combinaties van zorg en beveiliging in functionele termen te beschrijven, om zo een beeld te geven van de range van combinaties van zorg en beveiliging, die overwogen kunnen worden bij een bepaalde indicatiestelling.*

*In een (in aanzet) 4x4 matrix worden hiertoe onderstaand de verblijfsintensiteit (verticale as) en de materiële en personele beveiligingsintensiteit (horizontale as) tegen elkaar afgezet. Voor de materiële en personele beveiliging wordt in deze aanzet uitgegaan van vier niveaus, nl.: laag, middelmatig, hoog en zeer hoog. Voor de verblijfsintensiteit wordt eveneens uitgegaan van vier niveaus, nl. nul (= ambulante), laag, gemiddeld en intensief. Voor ambulante behandelingen is een aparte cel in de matrix opgenomen; hierbij geldt per definitie een (zeer) laag beveiligingsniveau (dat overigens wel waar nodig zeer langdurig kan zijn).*

*In deze matrix is een aparte rij toegevoegd waarin de mate van behandeling dient te worden geïndiceerd, die binnen een bepaalde beveiligde verblijfssetting dient te worden verstrekt. Op deze wijze ontstaan zeventien velden, die elk gekenmerkt worden door een bepaald verblijfs- en een bepaald beveiligingsniveau (zie bijgaande matrix).*

*GGZ-zorg voor mensen zonder strafrechtelijke titel en reguliere detentie (met uitsluitend basiszorg) vallen buiten de matrix, omdat er in dat geval geen sprake is van indicatie voor forensische zorg in strafrechtelijk kader. Maar vanuit het perspectief van zorgtrajecten (zie ook hoofdstuk 6) is het wel van belang rekening te houden met de genoemde GGZ-zorg en reguliere detentie als onderdeel van de keten.*

	Beveiligings-intensiteit	Beveiligings-intensiteit	Beveiligings-intensiteit	Beveiligings-intensiteit
Verblijfs Intensiteit	(Zeer) Laag	Middelmatig	Hoog	Zeer hoog
Intensief				
Gemiddeld				
Laag				
Behandeling intramuraal:				
Behandeling ambulant:		X	X	X

### **Indicatie beveiligingsniveaus**

Voor de onderscheiden beveiligingsniveaus geldt op hoofdlijnen het volgende:

- (zeer) laag beveiligingsniveau – open setting (ambulant, begeleid wonen, kliniek), met toezicht en mogelijk controle op afspraken en middelenmisbruik; omdat dit lage beveiligingsniveau in feite een breed terrein beslaat (van "incidenteel hulpverleningscontact en beperk reclasseringstoezicht" tot aan "zeer regelmatig hulpverleningscontact, casemanagement (ACT), intensieve controle op afspraken en middelengebruik en intensief reclasseringstoezicht") kan in de beschrijving van de wenselijke beveiliging waar nodig onderscheid gemaakt worden tussen zeer lage beveiliging en lage beveiliging; om flexibel werken in het kader van zorgtrajecten mogelijk te maken wordt voor de indicatiestelling één beveiligingsniveau onderscheiden
- middelmatig beveiligingsniveau – besloten<sup>11</sup> afdeling in een kliniek of inrichting, met de mogelijkheid van een programma deels buiten de afdeling, begeleid en onbegeleid verlos, controle op afspraken en middelenmisbruik
- hoog beveiligingsniveau – gesloten kliniek of inrichting, met aangepaste bouwkundige en elektronische voorzieningen, personeel met specifieke beveiligingsvaardigheden, activiteiten op de afdeling, bij uitzondering begeleid buiten de afdeling
- zeer hoog beveiligingsniveau – gesloten unit in kliniek of inrichting, met zeer hoge materiële en personele veiligheidsmaatregelen, volledig

*voorzien van detectie en cameratoezicht, zeer beperkte bewegingsvrijheid en compartimentering, geen activiteiten buiten de unit, intensieve individuele zorg*

- Zorgplan / Werkplan

Zie bijgevoegd document

- Delict en Middelen Keten

Zie bijgevoegd document

- Terugvalpreventieplan

Zie bijgevoegd document

### **Verwijzingen**

- Effectevaluatie FVK – AIAR: conclusie en complete onderzoek zijn te vinden op [www.pietroordakliniek.nl](http://www.pietroordakliniek.nl), onder publicaties
- Rapport Gezondheidsraad, [www.gr.nl](http://www.gr.nl)
- Multidisciplinaire Richtlijn voor behandeling van Persoonlijkheidsstoornissen, [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl)
- [www.vernieuwingforensischezorg.nl](http://www.vernieuwingforensischezorg.nl)
- [www.ZonMw.nl](http://www.ZonMw.nl) : Verslaving en Co-morbiditeit, Verslaving; De effectiviteit van verslavingzorg in een justitieel kader