

## Tilburg University

### Het Behoeften, Risico's en Krachten (BeRK) gesprek

Bredenoort, M.; van Vugt, M.; Roeg, D.

*Publication date:*  
2023

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

*Citation for published version (APA):*

Bredenoort, M., van Vugt, M., & Roeg, D. (2023). *Het Behoeften, Risico's en Krachten (BeRK) gesprek: De ontwikkeling van een risico- en behoefte beoordelingstool voor de BW/MO. Eindrapportage. Kwaliteit Forensische Zorg.*

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



**kwiteit  
forensische  
zorg**

# Het Behoeften, Risico's en Krachten (BeRK) gesprek

De ontwikkeling van een risico- en behoefte beoordelingstool voor de BW/MO

Eindrapportage

Myrthe Bredenoort  
Maaïke van Vugt  
Diana Roeg

Juli 2023

## Colofon

### Projectgroep

Myrthe Bredenoort (projectmedewerker)	Junior onderzoeker Tranzo Tilburg University
Maaïke van Vugt (projectleider)	Senior onderzoeker HVO-Querido en Trimbos-instituut
Diana Roeg (projectleider)	Senior onderzoeker Tranzo Tilburg University en Programmaleider onderzoek Kwintes

Dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorggedragen 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.



<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Blz.</b>
<b>1. Management samenvatting</b>	5
<i>Inleiding en methoden</i>	
	6
<b>2. Inleiding</b>	
<b>3. Methoden</b>	8
3.1 Klankbordbijeenkomsten	10
3.2 Expertconsulten	10
3.3 Literatuuronderzoek	11
3.4 Feedbackronde	13
3.5 Vormgeving pilotproduct	13
3.6 Pilot	14
3.7 Vormgeving eindproduct	16
<i>Resultaten</i>	
<b>4. Fase 1 Voorbereiding</b>	17
4.1 Verkennend literatuuronderzoek	17
4.2 Brainstormsessies expertgroep	24
4.3 Klankbordbijeenkomst 1	28
4.4 Afstudeeronderzoek licht verstandelijke beperking	29
4.5 Conclusie	30
<b>5. Fase 2 Deel 1 Ontwikkeling van de tool – conceptproduct</b>	32
5.1 Expertconsulten	32
5.2 Klankbordbijeenkomst 2	33
5.3 Conclusie	34
<b>6. Fase 2 Deel 2 Ontwikkeling van de tool – pilotproduct</b>	37
6.1 Feedbackronde	37
6.2 Expertconsulten	39
6.3 Tussenbeoordeling KFZ	43
6.4 Conclusie	44
<b>7. Fase 3 Pilot – ontwikkeling training</b>	47
7.1 Expertconsulten	47
7.2 Uitproberen tool met ervaringsdeskundigen	47
7.3 Conclusie	48
<b>8. Fase 3 Pilot</b>	50
8.1 Training	50
8.2 Evaluatieformulieren deelnemers	50
8.3 Evaluatieformulieren begeleiders	57

8.4 Focusgroepen begeleiders	61
8.5 Conclusie	66
<b>9. Fase 4 Vormgeving eindproduct en oplevering</b>	<b>68</b>
9.1 Klankbordbijeenkomst 3	68
9.2 Expertconsulten	70
9.3 Sessie met ervaringsdeskundigen	71
9.4 Evaluatiegesprek KFZ	72
9.5 Vaststellen gespreksthemas	72
9.6 Conclusie	73
<b>10. Resultaten Systematic review</b>	<b>76</b>
<i>Conclusie</i>	
<b>11. Discussie</b>	<b>78</b>
<b>12. Implementatie adviezen</b>	<b>84</b>
<b>13. Conclusie</b>	<b>88</b>
<b>Dankwoord</b>	<b>89</b>
<b>Bronvermelding</b>	<b>90</b>
<i>Bijlagen</i>	
Bijlage 1 Risicotaxatie	97
Bijlage 2 Evaluatieformulieren feedbackronde	101
Bijlage 3 Evaluatieformulieren pilot	102
Bijlage 4 Leefgebieden overzicht vanuit bestaande methodieken en instrumenten	112
Bijlage 5 Draaiboek training	113
Bijlage 6 Ledenlijst expert- en klankbordgroep	117

# 1. Management samenvatting

## Samenvatting

In de BW/MO was behoefte aan een betere integratie van het risico-denken naast het herstel-/en krachtgericht werken. Om tegemoet te komen aan deze behoefte, is speciaal voor de sector het BeRK gesprek ontwikkeld. BeRK staat voor behoeften, risico's en krachten. Het BeRK gesprek is een gespreksmethode om als begeleider in samenspraak met de deelnemer de behoeften, risico's en krachten te inventariseren en hier een concrete vertaling aan te kunnen geven in de dagelijkse begeleiding en bejegening in de BW/MO. Daarmee komt de tool tegemoet aan het huidige tekort aan bewustzijn over welke risico's er mogelijk bestaan onder de BW/MO doelgroep, de ervaren handelingsverlegenheid wat betreft het bespreekbaar maken hiervan en het leren integreren van risico denken in het herstel- en krachtgericht werken binnen de BW/MO. De tool is bedoeld voor de gehele BW/MO sector, waaronder de forensische zorg. Tijdens het BeRK gesprek gaan begeleider en deelnemer aan de hand van gesprekskaarten met elkaar in gesprek over behoeften, risico's en krachten. Om de resultaten van het gesprek te structureren wordt gebruik gemaakt van een gespreksbord. Deze eindrapportage beschrijft de totstandkoming van de tool en de onderbouwing. De pilot die werd uitgevoerd binnen drie BW/MO organisaties liet eerste positieve ervaringen zien met het gebruik van de BeRK tool. Naast een weergave en onderbouwing van de ontwikkeling van het BeRK gesprek worden in deze eindrapportage tevens aanbevelingen gedaan voor het vervolg op gebied van implementatie.

## Abstract

In supported housing (in the Netherlands: BW/MO) there was a need for better integration of risks in recovery- and strengths oriented care. To address this need, the 'BeRK' tool was developed. BeRK is short for 'behoefte, risico's en krachten': needs, risks and strengths. BeRK is a narrative method in which professionals and clients explore needs, risks and strengths and extrapolate this to daily care. This addresses the current lack of knowledge on which risks may exist, the hesitancy professionals experience in discussing risks and integrating risks into daily recovery-oriented practice. The tool was developed for the broad target group in supported housing, including forensic care. When using BeRK, professionals and clients discuss needs, risks and strengths together with theme cards and structure their inventarization. This report describes the development and evidence of BeRK. The pilot that was executed in three supported housing organizations showed first positive experiences. This report also provides recommendations for the next steps in the implementation of BeRK.

## ***Inleiding en methoden***

### **2. Inleiding**

Voor u ligt de eindrapportage behorende bij call 2021-138: Ontwikkeling van een risico- en behoefte beoordelingstool voor het beschermd- en begeleid wonen en de maatschappelijke opvang (BW/MO). Het project werd uitgevoerd in opdracht van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

Het project kwam voort uit een behoefte van de praktijk om risicobeheersing, herstel- en krachtgericht werken in de BW/MO met elkaar in balans te brengen en elkaar te laten versterken. Het doel van het project was de oplevering van een gestructureerde tool die zowel behoeften als risico's van BW/MO deelnemers<sup>1</sup> inventariseert en handvatten geeft voor de bejegening en begeleiding in de dagelijkse praktijk, met daarbij aandacht voor krachten.

Het project is uitgevoerd door Tranzo Tilburg University en HVO-Querido. De projectgroep bestond uit een projectmedewerker (junior onderzoeker) en twee projectleiders (senior onderzoekers). Exodus, HVO-Querido en Kwintes waren de betrokken praktijkpartners. Naast de projectgroep waren een klankbordgroep en een expertgroep betrokken.

Vanuit KFZ waren de volgende voorwaarden gesteld aan de ontwikkeling van de tool:

De tool beoordeelt behoeften en risico's van deelnemers en is speciaal ontwikkeld voor het gebruik binnen BW/MO organisaties. De tool moet geschikt zijn voor gebruik bij de meerderheid van de BW/MO deelnemers, inclusief de forensische doelgroep en deelnemers met een licht verstandelijke beperking (lvb). De tool moet aansluiten bij het opleidingsniveau van de begeleiders, de aard van de begeleiding en de diverse settings (ambulant, woonvoorzieningen en alle tussenvarianten). Daarnaast moet de tool aansluiten bij een kracht- en herstelgerichte werkwijze. De informatie die door het gebruik van de tool wordt gegenereerd, moet bij individuele bewoners van BW/MO organisaties ondersteunend zijn in het vormgeven van de gepersonaliseerde begeleiding en bejegening. Omdat de tool deels bedoeld is voor de doelgroep met een forensisch profiel, is het belangrijk dat de risico-, behoefte- en responsiviteit principes (Bonta & Andrews, 2016) in acht worden genomen. Gezien de aansluiting bij een kracht-/ en herstelgerichte werkwijze, zijn ook de uitgangspunten van het Good Lives Model (Ward et al., 2007) hierbij relevant. De tool moest zelfbeoordeling bevatten, waarbij rekening werd gehouden met de diversiteit in cognitie en aandacht van deelnemers. De zelfbeoordeling moet de begeleider input geven vanuit het perspectief van de deelnemer en shared decision making stimuleren. Het instrument moest nadrukkelijk geen 'afvinklijstje' worden, maar het bewustzijn van medewerkers in de BW/MO sector over risico's en beschermende factoren vergroten en

---

<sup>1</sup> BW/MO organisaties spreken over het algemeen over 'deelnemers', 'cliënten' of 'klanten'. In de eindrapportage en handleiding is 'deelnemers' aangehouden. Hier kan dus ook 'cliënten' of 'klanten' worden gelezen. Om verwarring in de eindrapportage te voorkomen, wordt bij de beschrijving van de feedbackronde en pilot naar de participerende begeleiders verwezen als: 'respondent' of 'begeleider'. 'Professional' kan zowel verwijzen naar begeleiders als bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen.

daarmee de forensische scherpste. Al met al moet het aanleiding geven tot meer reflectie en verdieping van gesprekken over gedrag, risico's, beschermende factoren en begeleidingsbehoeften en een gelijkwaardige dialoog tussen deelnemer en begeleider ondersteunen. Risicofactoren vergroten de kans op het ontstaan van problemen, beschermende factoren fungeren als buffer daartegen en verkleinen zo de kans op het ontstaan van problemen. In de BW/MO wordt er over het algemeen de term beschermende factoren niet gebruikt, maar wordt er gesproken over krachten.

Het project resulteerde in de tool 'het **BeRK** gesprek': een handleiding voor het voeren van een gesprek over **Behoeften**, **Risico's** en **Krachten**<sup>2</sup> aan de hand van een kaartensysteem. De BeRK tool bestaat uit een handleiding voor begeleiders, gesprekskaarten en een gespreksbord waarop de kaarten worden gestructureerd. De handleiding, inclusief kaarten en gespreksbord, zijn te vinden op de website van KFZ. Ook komt er een infographic die begeleiders op kantoor kunnen ophangen. Deze infographic is te vinden op de website van KFZ<sup>3</sup>.

In deze eindrapportage wordt beschreven hoe de projectgroep is gekomen tot de BeRK tool, hoe deze eruitziet, wat de ervaringen van begeleiders en deelnemers zijn met het gebruik en welke adviezen er aan KFZ worden gegeven voor het vervolg.

---

<sup>2</sup>Behoeften: alle begeleidingsbehoeften (iets wat men nodig heeft of naar verlangt) die in het traject kunnen bestaan.

Risico's: alle vormen van gedrag of omstandigheden die in het BW/MO traject kunnen zorgen voor problemen voor de deelnemer zelf of diens omgeving.

Krachten: interesses, talenten en hulpbronnen.

<sup>3</sup> <https://kfz.nl/projecten/ontwikkeling-van-een-behoefte-en-risico-beoordelingstool-voor-de-bwmo>.



### 3. Methoden

Dit hoofdstuk beschrijft de projectfasen, op welke manier data zijn verzameld en geanalyseerd en hoe deze hebben geleid tot het eindproduct: de BeRK handleiding met gesprekskaarten en gespreksbord.

In de voorbereidende fase 1 vonden klankbordbijeenkomsten, expertmeetings en verkennend literatuuronderzoek plaats. In fase 2 werd een systematic review gedaan naar behoeften en risico's van deelnemers in de BW/MO. Het systematic review is tijdens de fasen daarna steeds verder uitgewerkt. De eerste resultaten hiervan zijn samen met de resultaten uit fase 1 verwerkt tot een concept tool met handleiding. Deze is door begeleiders uitgetest met een deelnemer waarna zij een evaluatieformulier invulden. Dit resulteerde samen met feedback van de experts en de programmacommissie van KFZ tot een verbeterde versie van de tool en handleiding die werd uitgetest in de pilot in fase 3. In de pilot werden begeleiders van Kwintes, HVO-Querido en Exodus getraind in het voeren van het BeRK gesprek waarna zij het uitprobeerden met deelnemers. De resultaten hiervan leidden samen met feedback uit een aanvullende klankbordbijeenkomst, expertmeeting, bijeenkomst met ervaringsdeskundigen en evaluatie met KFZ tot de eindversie in fase 4. Zie onderstaande afbeelding voor een gedetailleerde projectweergave.

## Figuur 1 Weergave project

### Fase 1 Voorbereiding

#### Dataverzameling

- Klankbordbijeenkomst 1
- Brainstormsessies expertgroep
- Verkennend literatuuronderzoek
- Afstudeeronderzoek lvb

#### Resultaten

- Kenmerken/ randvoorwaarden te ontwikkelen tool
- Overzicht bestaande risicotaxatie-instrumenten, methodieken en praktijkproducten

### Fase 2.1 Ontwikkeling van de tool – conceptproduct

#### Dataverzameling

- Literatuuronderzoek – systematic review
- Klankbordbijeenkomst 2
- Expertconsulten

#### Resultaten

- Concept tool voor eerste feedbackronde

### Fase 2.2 Ontwikkeling van de tool – pilotproduct

#### Dataverzameling

- Feedbackronde begeleiders, deelnemers, ervaringsdeskundigen
- Tussenbeoordeling Programmacommissie KFZ
- Expertconsulten

#### Resultaten

- Verbeterde tool voor de pilot

### Fase 3.1 Pilot - ontwikkeling training

#### Dataverzameling

- Expertconsulten
- Uitproberen tool met ervaringsdeskundigen
- Uitproberen training

#### Resultaten

- Draaiboek training
- Verbeterde tool voor de pilot

### Fase 3.2 Pilot

#### Dataverzameling

- Evaluatieformulieren deelnemers en begeleiders
- Focusgroepen begeleiders

#### Resultaten

- Overzicht benodigde aanpassingen
- Aanbevelingen voor implementatie

### Fase 4 Vormgeving eindproduct & oplevering

#### Dataverzameling

- Klankbordbijeenkomst 3
- Expertconsulten
- Sessie met ervaringsdeskundigen

#### Resultaten

- Eindproduct: Handleiding BeRK gesprek
- Eindrapportage
- Infographic

### 3.1 Klankbordbijeenkomsten

De klankbordgroep bestond uit een groep van persoonlijk begeleiders, ervaringsdeskundigen, projectleiders, adviseurs, gedragsdeskundigen, managers en beleidsmedewerkers werkzaam in de BW/MO sector en het justitieel kader. De klankbordgroep ondersteunde de projectgroep tijdens de ontwikkeling van de tool door het geven van input en feedback op basis van praktijkervaringen en kennis.

Er vonden drie online klankbordbijeenkomsten plaats. Twee in de beginfase van het project en één aan het eind. De klankbordgroepleden (hierna: leden) ontvingen voorafgaand aan de eerste twee bijeenkomsten een document met daarin de stand van zaken en wat er van ze werd verwacht tijdens de bijeenkomst. De eerste bijeenkomst had als doel om te reflecteren op de bevindingen die de projectgroep had verzameld vanuit een inventariserend literatuuronderzoek en oriënterende gesprekken die de projectmedewerker had met de individuele leden, en input op te halen voor de verdere ontwikkelrichting van de tool. Met de tweede bijeenkomst werd beoogd de eerste bevindingen uit het systematisch literatuuronderzoek te presenteren en hier met de leden op te reflecteren. En een eerste ontwerp te laten zien van de tool in ontwikkeling. Bij deze bijeenkomst waren tevens de experts aanwezig als toehoorder. Tijdens de derde en laatste bijeenkomst werden de bevindingen uit de pilot gepresenteerd en de voorgenomen aanpassingen voor de tool op basis hiervan. De leden werd gevraagd hier een laatste reactie op te geven. Daarnaast werd de leden gevraagd om mee te denken over implementatieadviezen.

De bijeenkomsten startten steeds met een PowerPointpresentatie door de projectgroep waarin de leden werden meegenomen in het proces van de voorafgaande periode. Middels vragen via het online programma MentiMeter werd hen gevraagd input te geven op onderwerpen als herkenbaarheid, taalgebruik en dagelijkse toepassing van de tool in de praktijk. Van iedere bijeenkomst is een verslag gemaakt waar ook de resultaten van MentiMeter zijn opgenomen. Deze data werden kwalitatief geanalyseerd door het samenvatten en onderverdelen van de data in thema's in gespreksverslagen, bijvoorbeeld ten aanzien van vormgeving of aansluiting bij de doelgroep. Deze data werden verwerkt in de verdere ontwikkeling van de tool in de daaropvolgende periode.

### 3.2 Expertconsulten

De expertgroep bestond uit twee experts met ruime kennis en ervaring op het gebied van risicotaxatie en forensische zorg die op verschillende momenten zijn geconsulteerd om mee te denken tijdens de ontwikkeling van het BeRK gesprek.

In de beginfase van het project waren er drie gezamenlijke afspraken met de experts en de projectgroep. Deze afspraken hadden de vorm van een brainstormsessie. De eerste brainstormsessie betrof kennismaking tussen de project- en expertgroep, afspraken over ureninzet en planning, bespreken van criteria die nodig zijn om te komen tot een bruikbare tool voor de BW/MO en welke vragen verder uitgezocht moeten worden. Tijdens de tweede bijeenkomst was het doel om de bevindingen tot dusver te delen met de experts en te brainstormen over mogelijke uitkomstmaten. De derde bijeenkomst beoogde het vaststellen welke vragen en aandachtspunten centraal stonden in de aankomende klankbordbijeenkomst.

Net als bij de klankbordgroep, kregen de experts vooraf een document met de stand van zaken in de ontwikkeling van de tool. De projectmedewerker gaf een Powerpoint presentatie van de stand van zaken. Van elke afspraak is een verslag gemaakt met een samenvatting en vervolgacties. Deze verslagen werden gedeeld met de experts om zeker te zijn dat de experts en de projectgroep dezelfde mening deelden over het vervolg.

Naast de gezamenlijke afspraken waren er individuele consulten tussen de projectmedewerker en de twee experts. Bijvoorbeeld bij specifieke vragen omtrent risico-inventarisatie en tijdens de ontwikkeling van de training voor de pilot.

### 3.3 Literatuuronderzoek

Er is een systematische review gedaan ten behoeve van de onderbouwing van de BeRK gesprekstema's. Daarnaast is een inventariserende search in wetenschappelijke, grijze literatuur en de GGZ standaarden gedaan naar de BW/MO doelgroep, bestaande risicotaxaties en basishouding- en gespreksvaardigheden om de tool mee op te bouwen.

#### Risico's en behoeften in de BW/MO: systematische review

##### *Onderzoeksvraag*

Om erachter te komen op welke gebieden behoeften en risico's geïnventariseerd moeten worden tijdens het BeRK gesprek is een systematische review uitgevoerd. Het doel van dit literatuuronderzoek was een overzicht te krijgen van de risico's en behoeften waar deelnemers uit de BW/MO doelgroep mee te maken krijgen. De hoofdvraag hierbij was als volgt: welke risico's en behoeften zijn prevalent onder de beschermd-, begeleid wonen en maatschappelijke opvang populatie? De methode wordt hieronder kort beschreven. Van het literatuuronderzoek wordt tevens een Engelstalig artikel geschreven om in te dienen voor open access publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift. Hierin zal het volledige onderzoek in detail beschreven staan. Zodra het artikel is gepubliceerd verschijnt deze op de website van KFZ<sup>4</sup>.

##### *Zoekstrategie*

Er is gezocht in de drie databases Pubmed, PsycInfo en Cinahl in Februari 2022. Hierbij werd een combinatie van de volgende zoekwoorden gebruikt: a) *setting (supported housing, supportive housing, sheltered housing, homeless shelter, 'not' assisted living)* en b) *uitkomst (risks, adverse outcomes, need profiles, healthcare needs, vulnerabilities, mental health needs)*. Assisted living werd uitgesloten van de zoekwoorden omdat dit algemene ouderenzorg betreft.

##### *Inclusie-/exclusie criteria*

Er werd gezocht naar studies met een volwassen doelgroep (gemiddelde leeftijd 18-65 jaar) in een Westerse setting voor beschermd of begeleid wonen, maatschappelijke opvang of opvang bij huiselijk geweld. Waarbij de studie epidemiologische informatie gaf over risico's en behoeften van de deelnemerspopulatie. Studies werden geïncludeerd wanneer de respondenten werden geworven binnen een setting die vergelijkbaar is met de Nederlandse

---

<sup>4</sup> <https://kfz.nl/projecten/ontwikkeling-van-een-behoefte-en-risico-beoordelingstool-voor-de-bwmo>

BW/MO. Studies binnen de maatschappelijke opvang werden geïnccludeerd als er enige vorm van rehabilitatiegerichte zorg werd geboden. Settings waarbij alleen sprake was van bijvoorbeeld een 'bed bad brood' regeling of waarbij niet werd beschreven of en welke begeleiding er werd geboden werden geëxcludeerd. Studies die gingen over specifieke groepen of subpopulaties werden geëxcludeerd (bijvoorbeeld: daklozen met een hoge bloeddruk die zorg vanuit een bepaalde kliniek ontvangen). Er is gezocht naar artikelen vanaf 2011 omdat er in de afgelopen decennia veel is veranderd in de sector op gebied van deinstitutionalisering en herstelgerichte zorg (Killaspy et al., 2018; McPherson et al., 2018; Farkas & Coe, 2019). Deze criteria waren noodzakelijk om de resultaten van het systematische review te kunnen generaliseren naar de actuele Nederlandse BW/MO setting.

#### *Studie selectie*

Er werden 1.551 artikelen gevonden in de databases. Na het verwijderen van de dubbele artikelen bleven er 1.419 over voor screening. Er is in drie rondes gescreend voor relevantie op 1) titel, 2) samenvatting en 3) volledige beoordeling van de tekst. De screening is gedaan door de uitvoerend projectmedewerker waarna de twee projectleiders in elke ronde 20 artikelen beoordeelden en de artikelen waar twijfel over was, om de betrouwbaarheid te vergroten. Er werden 24 artikelen geïnccludeerd.

#### *Kwaliteitsbeoordeling*

Alle geïnccludeerde artikelen zijn beoordeeld op kwaliteit met de '11 item checklist for cross-sectional/prevalence studies' van de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Rostom et al., 2004).

#### *Analyse*

De risico's en behoeften die voorkwamen zijn in een tabel onder elkaar gezet en door middel van kleuren gecodeerd onder een thema. Risico's en behoeften met dezelfde kleur zijn ingedeeld in een overkoepelend thema passend voor deze risico's en behoeften. Bijvoorbeeld: 'victim of violence' onder Slachtofferschap, 'obesity' onder Leefstijl & Zelfzorg en 'no use of contraception' onder Relaties & Seksualiteit.

### Verkennd literatuuronderzoek

#### *Basishouding en basisgespreksvaardigheden*

De BeRK handleiding bevat een inleiding met informatie over de basishouding en basisgespreksvaardigheden die van belang zijn tijdens het voeren van het BeRK gesprek. Voor de onderbouwing hiervan is gebruik gemaakt van wetenschappelijke literatuur en onderbouwde praktijkproducten zoals de GGZ Standaarden.

#### *Risicotaxatie*

Achtergrondinformatie over risicotaxatie binnen de forensische zorg is toegevoegd als bijlage (Bijlage 1) met als doel algemene informatie te geven over wat risicotaxatie in de forensische zorg in het algemeen inhoudt en hoe dit zich heeft ontwikkeld in de afgelopen jaren. De bijlage is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. Na oriënterende gesprekken met de experts is in de beginfase op basis van de bekendste instrumenten voor risicotaxatie in Pubmed en via Google gezocht naar de officiële websites die horen bij de instrumenten. Op deze websites waren wetenschappelijke publicaties te vinden en de instrumenten met

handleidingen. De verzamelde informatie is afkomstig vanuit het instrument zelf, de bijbehorende handleiding, de eigen website behorende bij het instrument en/of validatieonderzoeken. Middels snowballing zijn aanvullende instrumenten gevonden en is op dezelfde manier de informatie in kaart gebracht. Ook is gezocht naar recente beschikbare publicaties over de instrumenten. De informatie is gecheckt en aangevuld door de betrokken experts.

Deze informatie is verder aangevuld met het theoretisch kader uit een afstudeeronderzoek van de master Forensisch Sociaal Professional die gedaan werd door persoonlijk begeleider Iwan Leurs bij HVO-Querido. De deelvraag behorende bij dit theoretisch kader was als volgt: Wat is er vanuit de literatuur bekend over het toepassen van de principes van het RNR-model tijdens forensische begeleidingstrajecten?

### 3.4 Feedbackronde

De dataverzameling uit voorgaande paragrafen, leidde tot de vormgeving van de concepttool- en handleiding voor de feedbackronde. In de feedbackronde is het BeRK gesprek uitgeprobeerd door vier begeleiders uit de klankbordgroep met een deelnemer. Het ging hierbij met name om toegevoegde waarde, bruikbaarheid en aansluiting bij de dagelijkse praktijk. Ook hebben twee ervaringsdeskundigen vanuit de klankbordgroep feedback gegeven op de tool.

Vooraf kregen deze leden de handleiding opgestuurd en was er een online uitleg. Middels evaluatieformulieren is kwalitatieve data opgehaald bij zowel de professionals als de deelnemers. Voorafgaand is door zowel de professionals als deelnemers een informed consent formulier getekend. De evaluatieformulieren zijn toegevoegd als bijlage (Bijlage 2 en 3). De data werden kwalitatief geanalyseerd. De feedback van de begeleiders werd ingedeeld in de volgende thema's:

- Werkwijze: aansluiting werkwijze bij de BW/MO, werkbaarheid in de dagelijkse begeleiding, kaartensysteem
- Inhoud: herkenbaarheid van de thema's, leesbaarheid, aansluiting bij niveau begeleiders/deelnemers vormgeving (vormgeving gespreksbord, vormgeving handleiding)
- Training: suggesties voor te ontwikkelen training

De feedback van de deelnemers werd ingedeeld in de thema's:

- Suggesties en feedback: werkbaarheid en aansluiting dagelijkse begeleiding
- Tips voor begeleiders: aandachtspunten tijdens het voeren van het BeRK gesprek

### 3.5 Vormgeving pilotproduct

Na de feedbackronde was de volgende stap de vormgeving van de handleiding en tool voor de pilot. Hiervoor is de data vanuit de feedbackronde verwerkt, heeft de Programmacommissie van KFZ een tussenbeoordeling en feedback gegeven, hebben er verschillende consulten met de experts plaatsgevonden en heeft de projectmedewerker het verbeterde BeRK gesprek uitgeprobeerd met twee ervaringsdeskundigen waarna de laatste aanpassingen zijn gedaan.

## Tussenbeoordeling Programmacommissie KFZ

De Programmacommissie van KFZ gaf in Juni 2022 een tussentijdse beoordeling op de BeRK tool en handleiding. Hierna vond er een evaluatiegesprek plaats met de wetenschappelijk adviseur en werden er afspraken gemaakt over de invulling van de pilot. De feedback van de programmacommissie is verwerkt in het pilotproduct.

## Ontwikkeling en geven van de training

### *Uittesten van tool met ervaringsdeskundigen*

Voorafgaand aan de pilot probeerde de projectmedewerker het BeRK gesprek uit met twee ervaringsdeskundigen van Kwintess. Het doel was om zelf te ervaren hoe het BeRK gesprek verloopt en hoe het werken met het kaartensysteem in de praktijk gaat. Hierna zijn een aantal laatste aanpassingen gedaan aan de handleiding en training.

### *Consulten met experts*

Bij de ontwikkeling van de training hebben de experts meegedacht over de invulling en vormgeving hiervan. Met beide experts is vooraf een inventarisatie gedaan waar zij denken dat de training uit moet bestaan en hoe deze kan worden vormgegeven voor de begeleiders. Na aanleiding van hiervan maakte de projectmedewerker een eerste opzet die is besproken in een gezamenlijke afspraak met één van de experts en de projectleiders.

De projectmedewerker heeft de training uitgeprobeerd op een collega-onderzoeker die tevens ervaring heeft als begeleider binnen de BW/MO. Na het geven van de eerste training aan een groep van vier begeleiders hebben deze een evaluatie ingevuld. Deze evaluatie is besproken tijdens een consult met een van de experts en de projectleiders. Hieruit bleken geen grote aanpassingen nodig.

## 3.6 Pilot

De pilot was een feasibility study om toepasbaarheid van de tool in de dagelijkse BW/MO praktijk te toetsen. De hoofdvraag en deelvragen waren als volgt:

Hoofdvraag: In hoeverre is de tool toepasbaar in de praktijk?

Deelvragen:

- In hoeverre sluit de tool aan bij het taalgebruik en de beleving van de BW/MO doelgroep?
- In hoeverre sluit de tool aan bij de vaardigheden en het opleidingsniveau van de BW/MO begeleiders?
- Wat is de toegevoegde waarde van het BeRK gesprek? (ten opzichte van al bestaande tools)
- Welke aanpassingen moeten er gedaan worden aan de tool naar aanleiding van de bevindingen uit de pilot?
- Sluit de tool aan bij het kracht- en herstelgericht werken in de BW/MO?
- In hoeverre versterkt de tool het risico-denken?
- Wat is er nodig aan scholing voor begeleiders om de tool te kunnen toepassen?

- In hoeverre sluit de tool aan bij de dagelijkse praktijk en geeft het richting aan het handelen?

Binnen de drie BW/MO organisaties zijn begeleiders geworven voor deelname aan de pilot. De projectmedewerker werd bij de werving ondersteund door de leden van de klankbordgroep die teams en individuele begeleiders hebben benaderd voor deelname.

Begeleiders van de drie deelnemende organisaties hebben het BeRK gesprek uitprobeerde met deelnemers. Voorafgaand werden de begeleiders getraind door de projectmedewerker in het gebruik van BeRK.

Bij selectie van deelnemers is purposive sampling toegepast. Dat wil zeggen dat deelnemers werden geselecteerd op basis van de doelstelling van het onderzoek, met de verwachting dat deze deelnemers een unieke en informatieve kijk zouden kunnen geven (Wu Suen et al., 2014). Er konden alleen woon- en persoonlijk begeleiders meedoen aan de pilot omdat zij de beoogde doelgroep zijn die de tool gaat gebruiken. Er werd gestreefd naar een groep met variatie in aantal jaren ervaring, mbo-/hbo geschoold en begeleiden van deelnemers met en zonder forensische titel. Er deden begeleiders mee vanuit beschermd wonen, begeleid wonen (ambulant) en de maatschappelijke opvang.

Met alle begeleiders vond een online of telefonisch kennismakingsgesprek plaats waarin de projectmedewerker vertelde over het project en de pilot. Hierna werden de begeleiders ingedeeld bij een trainingmoment. Het streven was om zoveel mogelijk trainingen in een live setting aan te bieden. Dit is gedeeltelijk gelukt. Om praktische redenen (zoals vaste vrije dagen, spreiding uit verschillende regio's in het land, last minute afzeggingen, ziekte) kon niet iedereen op een live moment ingepland worden. In overleg met één van de experts is daarom besloten voor deze begeleiders een online training aan te bieden zodat zij toch konden deelnemen aan de pilot. De trainingen hadden een groepsgrootte tussen de drie en zeven begeleiders per keer. Na de training vulden de begeleiders een evaluatieformulier over de training in.

Begeleiders benaderden na de training zelf hun deelnemers voor deelname. De exclusiecriteria hiervoor waren: jonger dan 18 jaar, de Nederlandse taal niet voldoende machtig (in verband met het zelfstandig kunnen begrijpen van de informed consent) en het ervaren van floride psychose of acute crisissituatie. Er werd in eerste instantie gestreefd naar het uitproberen met 5 tot 10 deelnemers per begeleider. Echter bleek dit in de praktijk niet haalbaar (vanwege bijvoorbeeld een kleine caseload, hoge werkdruk door ziekte en personeelstekort, deelnemers die niet mee wilden of konden doen) en hebben begeleiders zoveel deelnemers gesproken als voor hen mogelijk was. In totaal hebben 11 begeleiders het gesprek uitprobeerde met 19 deelnemers.

Na het uitproberen vulden zowel begeleiders als deelnemers een evaluatieformulier over het BeRK gesprek in. De blanco evaluatieformulieren zijn toegevoegd als bijlage (Bijlage 3). Het evaluatieformulier voor de deelnemers is gebaseerd op de naar het Nederlands vertaalde vragenlijst '9 Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 / SDM-Q-9-NL) (Stiggelbout, 2012). Deze vragenlijst is gekozen omdat shared decision making een



belangrijk uitgangspunt is bij het gebruik van de tool. Een aantal woorden zijn hierin aangepast om de vragenlijst aan te laten sluiten bij de context van het BeRK gesprek.

Daarnaast vonden er online focusgroepen plaats waarin de begeleiders hun ervaringen konden uitwisselen. Er waren drie bijeenkomsten waarvan de begeleiders zelf konden kiezen bij welke groep ze aansloten. De bijeenkomsten werden geleid door de projectmedewerker in afwisselende samenstelling met de projectleiders en een van de experts. Aan de hand van een vijftal uitgangsvragen in MentiMeter werd er doorgevraagd op meerwaarde van de tool, bruikbaarheid, risico-denken (met name ook bij de forensische zorg) en implementatie. Met begeleiders die niet in de gelegenheid waren bij een focusgroep aan te sluiten, is een belafsprake geweest.

De volgende uitgangsvragen werden gesteld:

1. Was het gesprek nuttig; wat leverde het op?
2. Lukte het met het kaartsysteem? Heeft het volgens de begeleiders een meerwaarde?
3. In welke mate zijn de resultaten nuttig om een relevant begeleidingsplan mee te maken?
4. In welke mate geeft BeRK een verdieping op het risico-denken?
5. Wat denk je dat begeleiders nodig hebben om van het BeRK gesprek een standaard onderdeel in de begeleiding te maken?

De antwoorden op de evaluatieformulieren zijn geteld en weergegeven in een staafdiagram om zo een overzicht te geven per vraag. De antwoorden waar de respondenten een toelichting op konden geven zijn samengevat en kwalitatief geanalyseerd.

Van de focusgroepen zijn gespreksverslagen gemaakt. Dit is gedaan aan de hand van de thema's die werden besproken. Per thema is samengevat wat de ervaringen waren, wat de respondenten wilden behouden in de tool en waar zij ruimte zagen voor verbetering. De kwalitatieve data van de evaluatieformulieren en focusgroepen werden gecategoriseerd onder de thema's uit de focusgroepen om zo de data samen te vatten.

### 3.7 Vormgeving eindproduct

Na afronding van de pilot, de laatste klankbordgroep, de overleggen met de experts en een sessie met ervaringsdeskundigen zijn in een overleg met KFZ de voorgenomen aanpassingen en implementatieadviezen besproken, waarna de eindversie van de BeRK handleiding is vormgegeven. In deze fase is ook een laatste check gedaan op de gespreksthema's: in een literatuuronderzoek wordt alleen gevonden wat er reeds is onderzocht. Het BW/MO veld heeft een relatief jonge onderzoekssector (McPherson et al., 2018a, 2018b), wat als risico heeft dat actuele onderwerpen worden gemist. Daarom werden de gespreksthema's vanuit het systematische review nogmaals vergeleken met de leefgebieden uit de drie meest gebruikte methodieken SRH, IRB en Krachtwerk en werden de data vanuit de feedbackronde en pilot nogmaals doorgelopen om te checken of er vanuit professionals, cliënten of ervaringsdeskundigen belangrijke onderwerpen werden gemist op basis van hun ervaring en kennis van de methodieken en praktijk.

## Resultaten

### 4. Fase 1 Voorbereiding

#### 4.1 Verkennend literatuuronderzoek

##### Doelgroep BW/MO

Bij deelnemers in de BW/MO is vaak sprake van (ernstige) psychiatrische problematiek en/of (ernstige) psychosociale problematiek. De zorg voor de volwassen doelgroep. Er is een klein aandeel jongeren/jongvolwassenen. Bij een deel van de BW/MO doelgroep is er een (vermoeden van) een licht verstandelijke beperking. Bij een (toenemend) aantal deelnemers is er sprake van een forensisch risicoprofiel. Hieronder wordt de doelgroep nader toegelicht.

##### *EPA*

Van oudsher is beschermd- en begeleid wonen bedoeld voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) die niet zelfstandig en zonder begeleiding kunnen wonen. Er wordt gesproken van EPA wanneer er sprake is van een psychiatrische stoornis die zorg/behandeling noodzakelijk maakt, gepaard gaat met beperkingen in sociaal/maatschappelijk functioneren en structureel/langdurig van aard is (Delespaul et al., 2013). In de MO en vrouwenopvang is het publiek gemêleerder en is er vaker sprake van psychosociale problematiek. Vaak hebben mensen die dakloos zijn bijkomende psychische problemen, maar er is ook een groep 'nieuwe daklozen', waaronder jongeren en economische daklozen. De vrouwenopvang richt zich, in tegenstelling tot wat de term doet vermoeden, op ambulante en 24/7 hulpverlening bij (huiselijk) geweld aan zowel mannen als vrouwen. Kinderen van slachtoffers komen vaak mee.

##### *Forensisch profiel*

Onder forensische zorg wordt in Nederland verstaan: geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, die onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel of de tenuitvoerlegging daarvan, of een andere justitiële titel. Het doel is het herstel van de deelnemer en vermindering van de kans op recidive ten behoeve van de veiligheid van de samenleving (Joustra et al., 2019). In de periode 2018-2020 is het aantal bezette plekken voor forensisch beschermd wonen met ruim 24 procent gestegen (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2021). Naast deelnemers met een justitiële titel is er binnen de BW/MO doelgroep een grote groep deelnemers die in het verleden een forensische zorgtitel heeft gehad maar nu niet meer, of die wel in aanraking komen met justitie maar geen zorg opgelegd hebben gekregen door de rechter. Bij deze deelnemers is officieel geen sprake van forensische zorg, maar zij hebben wel een zogenoemd forensisch profiel.

##### *Licht verstandelijke beperking*

Wanneer er bij een deelnemer sprake is van (een vermoeden van) een licht verstandelijke beperking (lvb) is het belangrijk om je begeleiding daarop aan te passen (Embregts et al., 2020). Er is, volgens de wetenschappelijke en internationale definitie, sprake van een LVB

bij een IQ tussen de 50 en 70 (Moonen, 2020). Echter wordt er in Nederland een bredere praktijkdefinitie van LVB gehanteerd, waarbij ook mensen met een IQ tussen de 70 en 85 vallen onder de LVB doelgroep. Daarnaast moet er bij de laatste groep ook sprake zijn van problemen binnen de sociale zelfredzaamheid. Dit houdt in dat ze bijvoorbeeld moeite hebben om zichzelf te redden op het werk of om zichzelf te verzorgen (Movisie, 2020). Een LVB is meestal niet aan iemand te zien, waardoor deze doelgroep vaak op een hoger niveau van kennis en vaardigheden wordt aangesproken dan ze aankunnen (Douma et al., 2017). Om deze herkenning te verbeteren is er binnen KFZ een training<sup>5</sup> ontwikkeld. De ontwikkeling hiervan toonde tevens aan dat zelfs experts zich sterk kunnen vergissen (Collot d'Escury-Koenigs et al., 2019).

### Basishouding en basisgespreksvaardigheden

Er zijn een aantal onderwerpen omtrent basishouding en basisgespreksvaardigheden die van belang zijn tijdens het voeren van het BeRK gesprek. Deze worden hieronder toegelicht.

#### *Herstel- en krachtgericht werken*

De algemene werkwijze binnen BW/MO's is het bieden van herstelondersteunende zorg. De generieke module Herstelondersteuning van GGZ Standaarden omschrijft herstel als: *'Een individueel proces waarin mensen veerkracht ontwikkelen, leren omgaan met en het leven weer oppakken na ontwrichtende ervaringen. Het gaat om herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en sociale rollen die als gevolg van psychische en/of verslavingsproblemen aangetast zijn en omvat meer dan de vermindering van ziekteverschijnselen. In herstelprocessen staan de mogelijkheden en krachten van de mens centraal en hebben zij zelf de regie over hun eigen leven.'* (GGZ Standaarden, 2017).

Onderdeel van herstelondersteunende zorg is het krachtgericht werken dat in de BW/MO bekend is. De deelnemer kan hiervoor zijn eigen krachten inzetten, zoals talenten, vaardigheden en persoonlijke eigenschappen. Of iets waar hij enthousiast van wordt en graag over praat. Voordat problemen opgelost kunnen worden, moeten dus ook krachten in beeld zijn (Den Hollander & Wilken, 2021).

#### *Forensisch rehabilitatiegericht werken*

Met een toename van deelnemers met een forensisch profiel in de BW/MO, rijst de vraag hoe herstelondersteunende zorg er voor hen in de BW/MO uit kan zien. Het meest bekende en best onderbouwde model voor rehabilitatiegericht werken in de forensische zorg is het risk-need-responsivity (RNR) model (Bonta & Andrews, 2016). De drie principes waar in het RNR model de meeste aandacht naar uit gaat zijn:

- 1) Risk (risico): Een traject moet worden afgestemd op de hoogte van het risico. Hoe hoger het risico, hoe intensiever het interventie traject met iemand moet zijn om de kans op recidive te beperken (Bonta & Andrews, 2016). Aan de hand van wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren kun je inschatten hoe groot de kans is dat iemand (opnieuw) crimineel gedrag laat zien (Polaschek, 2012). Dit kan ondersteunen bij het bepalen van de benodigde intensiteit van het traject.
- 2) Need (behoefte): Een traject moet zich richten op de criminogene factoren ('needs') die

---

<sup>5</sup> <https://kfz.nl/projecten/call-2016-50>

te maken hebben met het criminele gedrag van de specifieke deelnemer (Andrews et al., 2011). Deze factoren zijn veelal dynamisch (veranderbaar). Wanneer dynamische risico- en beschermende factoren veranderen, is de kans groter dat er ook veranderingen ten aanzien van mogelijke recidive optreden (Polaschek, 2012).

3) Responsivity (responsiviteit): De begeleiding dient zo goed mogelijk afgestemd te zijn op de responsiviteit (leermogelijkheden) van de individuele deelnemer (Andrews et al., 2011). Denk hierbij bijvoorbeeld aan het aanpassen van je communicatie bij deelnemers met een lvb, of rekening houden met verschillende behoeften en verschillen in risico's voor mannen of vrouwen. Hoe beter het traject aansluit bij iemands leermogelijkheden, hoe groter de kans dat de interventie effectief is en een risicoverlagend effect heeft.

Naast het RNR model, is ook het Good Lives Model (GLM) van belang in het forensisch rehabilitatiegericht werken. Er zijn steeds meer aanwijzingen dat dit framework bijdraagt aan rehabilitatie, met name aan het vergroten van veranderbereidheid en actieve deelname aan interventies (Mallion et al., 2020). Kort gezegd, beoogt de werkwijze van GLM om de deelnemer uit te rusten met vaardigheden, waarden en middelen om een niet-crimineel leven te leiden. Een leven dat betekenisvol is, de 'primary goods' bezit en manieren om deze duurzaam te behouden. Primary goods zijn doelen en waarden die ieder mens nastreeft in het leven op gebied van: leven (gezond leven en functioneren), kennis, vaardigheden in vrije tijd en werk, vaardigheden in autonomie en zelfsturing, innerlijke rust, vriendschap (inclusief intieme, romantische en familierelaties), deelname aan de maatschappij, geluk, spiritualiteit en creativiteit (Ward et al., 2007). Volgens de GLM werkwijze stel je deze doelen samen met de deelnemer op. Er zijn goede aanwijzingen dat wanneer aan bepaalde interne en externe omstandigheden wordt gewerkt, de individuele criminogene behoeften (de factoren die maken dat een persoon crimineel gedrag laat zien) afnemen. Interne omstandigheden zijn persoonlijke vaardigheden, waarden en overtuigingen. Externe omstandigheden omvatten de juiste middelen, sociale ondersteuning en kansen die je krijgt (Ward et al., 2007; Ward & Fortune, 2013).

Voor het BeRK gesprek betekent dit dat, wanneer er sprake is van een forensisch profiel (zoals een forensische titel, crimineel gedrag of contacten met politie en justitie), het belangrijk is om samen met de deelnemer stil te staan bij welke factoren maken dat iemand overgaat tot crimineel of risicovol gedrag. En tegelijkertijd kijkt naar wat iemand nastreeft in het leven en nodig heeft of al in huis heeft om de kans op crimineel gedrag te verkleinen. Beide kanten zijn even belangrijk en dienen in balans met elkaar onderzocht te worden. Focussen op enkel risico óf op enkel het nastreven van doelen van de deelnemer zal niet leiden tot een kleinere kans op recidive of een beter herstel (Ward et al., 2007).

#### *Forensische scherpte*

Professionals in de forensische zorg hebben een unieke rol door de balans die zij houden tussen zorg en veiligheid. De competenties die dit vraagt van een professional, worden aangeduid met de term forensische scherpte. Dit gaat over het bewustzijn van de deelnemer van zijn of haar stoornis en de forensische setting. Het gaat over het kunnen herkennen van signalen van mogelijke escalatie door de professional, het eigen onderbuikgevoel, de capaciteit om hierover met collega's te communiceren, de bereidheid om te handelen wanneer nodig en de realisatie dat dit in zichzelf ook een effect op de

deelnemer kan hebben (Clercx et al., 2021). Het bezitten van deze competenties zou professionals moeten helpen om agressie en ongewenste situaties te voorkomen in de begeleiding en het risico op recidive kunnen verminderen (Onderzoeksraad voor Veiligheid, 2019).

#### *Shared decision making (samen beslissen)*

Het respecteren van de keuzes van een persoon over de zorg die hij wil ontvangen is een teken van goede ondersteuning (Simmons & Gooding, 2017). Een proces dat daarbij ondersteunend is, is shared decision making (SDM). In de ggz wordt SDM gezien als een belangrijke werkwijze die nuance brengt tussen paternalisme en autonomie. In de forensische zorg bijvoorbeeld, is er constante dualiteit in het belang van autonomie en herstel naast het belang en de veiligheid van de samenleving. Met SDM nemen de deelnemer en de hulpverlening samen verantwoordelijkheid in dit proces. Shared decision making is ontwikkeld binnen de medische wereld, maar wordt tegenwoordig ook veel gebruikt in andere zorgvelden (Stiggelbout et al., 2015). De inbreng van deelnemer, naaste en zorgprofessional is gelijkwaardig omdat iedereen expert is op het eigen terrein (Akwa GGZ, z.d.).

Shared decision making bevat vier stappen die je doorloopt met de deelnemer in een gedeeld besluitvormingsproces. Dit kan gaan over besluiten op verschillende onderwerpen in het traject.

1. Bespreek expliciet dat er keuzes zijn en dat die in overleg met elkaar gemaakt kunnen worden.
2. Formuleer gezamenlijk de zorgbehoefte en het begeleidingsdoel.
3. Weeg samen de verschillende opties af en maak een keuze.
4. Evalueer met elkaar het herstel en de begeleiding en stel deze (eventueel) bij (Akwa GGZ, z.d.).

Het past bij herstelondersteunende zorg om de deelnemer te betrekken in de besluitvorming over zijn eigen traject en doelen. Wanneer mensen mogen meedenken over hun eigen traject, werkt dit motiverend. Het is in ieder geval van belang dat de deelnemer goed begrijpt wat voor- en nadelen zijn aan de verschillende keuzes die te maken zijn en waar deze op gebaseerd zijn (Stiggelbout et al., 2015). SDM draagt bij het behalen van de participatie- en hersteldoelen (Sanches et al., 2018).

#### *Motiverende gespreksvoering*

Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte gesprekstijl waarin de begeleider samen met de deelnemer op verkenning gaat. Het doel van de methodiek is de persoonlijke motivatie voor, en de toewijding om een bepaalde verandering te maken te versterken. Het past daarmee goed bij een gesprek over behoeften, risico's en krachten. Het helpt om het gesprek vanuit een gelijkwaardige dialoog te voeren en de deelnemer daarbij in de regie te houden. Het draagt daarmee bij aan SDM. De begeleider ondersteunt de deelnemer met het zelf formuleren waar hij tegenaan loopt en waar hij behoefte aan heeft. Dit door het ontlocken en verkennen van iemands eigen redenen om te veranderen, waarbij grondhouding empathisch is (Baron et al., 2017). Het is een van de best uitgewerkte en meest toegepaste gesprekstechnieken in de zorg en wordt in veel sectoren

toegepast, waaronder de ggz en verslavingszorg. Er zijn meer dan 1200 studies naar gedaan. De methode blijkt effectief bij inzet voor versterken van de motivatie voor gezondheidsverandering en in de verslavingszorg. De methode wordt gezien als meest innovatief en meest in opmars in de ggz en somatische gezondheidszorg (Baron et al., 2017). Er mist nog onderzoek naar de impact in de BW/MO en de overige sociale deelsectoren (Movisie, z.d.). Movisie heeft een handboek ontwikkeld, gebaseerd op de oorspronkelijke methode van de grondleggers Miller en Rollnick (2002). Bij motiverende gespreksvoering, is de eerste fase gericht op de ontwikkeling van de motivatie van de deelnemer om iets te willen veranderen. De tweede fase richt zich op betrokkenheid bij die verandering en het ontwikkelen van een plan om de verandering te realiseren (Brink, 2010).

Vijf gesprekstechnieken, afkomstig uit het handboek van Movisie, die je kunt inzetten voor het ontwikkelen van de motivatie om te veranderen zijn:

- Open vragen stellen, met specifieke aandacht voor beide kanten van de ambivalentie van de deelnemer, zowel de kant vóór verandering als de kant tegen verandering.
- Reflectief luisterend reageren. Dit houdt in dat je raadt wat iemand bedoelt met een uitspraak en vervolgens checkt of deze klopt. Hiermee wordt een reactie uitgelokt.
- Bevestigen door complimenten te geven of door uitingen van waardering en begrip.
- Samenvatten om te versterken wat er is gezegd, aan te tonen dat je zorgvuldig hebt geluisterd en om de deelnemer op het vervolg voor te bereiden.
- Verandertaal uitlokken om zo de ambivalentie op te lossen (met ambivalentie wordt bedoeld de redenen die deelnemer noemt om te veranderen en de redenen die hij noemt om niet te veranderen). Bijvoorbeeld door er rechtstreeks naar te vragen, door bewust naar beide kanten van de ambivalentie te vragen, door uitweidingen uit te lokken en door te vragen naar extremen (Brink, 2010). Je kunt bijvoorbeeld vragen: je zegt dat je dit wilt veranderen. Wat zou er gebeuren als dit gelukt is? Wat zou er gebeuren als dit niet verandert?

Bovengenoemde punten zijn basistips op het gebied van motiverende gespreksvoering. Het is een belangrijk onderdeel in het BeRK gesprek. Wanneer begeleiders hier niet in getraind zijn, dan verdient het de aanbeveling om hiervoor een training te volgen. Bijvoorbeeld in de online training van GGZ Ecademy<sup>6</sup>. Als een organisatie is aangesloten bij GGZ Ecademy, zijn deze online modules gratis te volgen. Daarnaast is er vanuit het online leertraject de Forensische Leerlijn<sup>7</sup> het voornemen voor de ontwikkeling van een module motiverende gespreksvoering voor de forensische zorg. De fysieke trainingen voor motiverende gespreksvoering zijn een voorwaarde voor goede toepassing. Deze zijn bijvoorbeeld volgen via de RINO groep of Mintned maar er zijn ook nog veel andere aanbieders. Hier zijn kosten aan verbonden.

Om de techniek van motiverende gespreksvoering aan te passen voor een gesprek bij deelnemers met (vermoeden van) een lvb zijn er een aantal aanbevelingen op gebied van gesprekstechniek, houding, structuur en inhoud van het gesprek (Frielink & Embregts, 2013).

---

<sup>6</sup> <https://ggzacademy.nl/product/motiverende-gespreksvoering-1/>

<sup>7</sup> [www.forensischeleerlijn.nl](http://www.forensischeleerlijn.nl)

Tabel 1 Aanpassingen motiverende gespreksvoering bij Ivb (Frielink & Embregts, 2013)

<b>Techniek</b>	<b>Taal</b>	<b>Structuur</b>	<b>Inhoud</b>
Open vragen	-Concreet en duidelijk -Vermijd 'waarom'-vragen -Korte zinnen -Focusvragen -Begin vragen met een zoekwoord ( <i>wat, wie, welke, hoe, waar, wanneer</i> )	-Eén vraag tegelijk -Stel een vraag maar één keer -Extra reactietijd geven -Help de deelnemer als deze de vraag niet begrijpt	-Check of je elkaar hebt begrepen -Heb er begrip voor dat het begripsniveau van de deelnemer beperkt kan zijn
Reflecterend luisteren		-Help de ander gevoelens te verwoorden -Help deelnemer met organisatie en structuur van taal	
Bevestigen	-Concreet en duidelijk	-Gebruik zowel verbale als non-verbale bevestigingen -Maak een bevestiging persoonlijk; "ik zie dat jij daar moeite mee hebt" -Bevestig wanneer iets goed is gedaan, zonder te overdrijven	-Erken dat een deelnemer groeit door bevestiging -Erken succesvolle ervaringen -Erken dat het ontvangen van een bevestiging moeilijk kan zijn
Samenvatten	-Eenvoudige, korte zinnen	-Vat regelmatig en tussen onderwerpen samen -Afspraken maken en verduidelijken -Vraag de deelnemer een samenvatting te geven	-Erken dat het toegeven van gebrek aan begrip moeilijk kan zijn
Uitlokken van verandertaal	-Kort en duidelijk	-Neem kleine stappen	-Erken dat er een gebrek aan overeenstemming kan zijn en het vermogen een situatie in te beelden.

### *Destigmatiserend handelen*

Stigma is een negatief label dat mensen krijgen, die de manier beïnvloedt waarop wij elkaar en onszelf zien. Mensen met een psychische aandoening horen bij de meest gestigmatiseerde groep in de samenleving. 70% van de mensen met een psychische aandoening ervaart stigma (Samen sterk zonder Stigma, z.d.). Door destigmatiserend (niet-stigmatiserend) te werken draag je als professional bij aan het herstel en de participatie van de deelnemer. Het is daarom belangrijk om te werken met een focus op kwaliteiten, krachten, hoop en vertrouwen (Samen Sterk zonder Stigma, z.d.).

- Het is van belang dat hulpverleners zich bewust zijn van eigen belemmerende gedachten en vooroordelen die ze kunnen hebben over deelnemers of bepaalde diagnoses. Door bewustwording kun je reflecteren en daardoor je gedrag en uitingen aanpassen.
- Durf jezelf en collega's te bevragen op stigmatiserende houdingen en uitingen. Door hier open met elkaar over te spreken, zonder de ander het gevoel te geven dat je hem veroordeelt, zorg je voor een transparante sfeer waarin je samen kunt kijken wat helpend is voor je collega en uiteindelijk ook voor de deelnemer die je begeleidt.
- Het normaliseren van psychische kwetsbaarheden is belangrijk omdat bijna iedereen in zijn leven er wel een keer mee te maken krijgt. Waar je op kunt letten is dat je niet gaat bagatelliseren.
- Als hulpverlener in de ggz is het helpend om aandacht te geven aan het herstelperspectief van je deelnemer, en daarin hoopvol te zijn. Bijvoorbeeld samen kijken wat er goed gaat of wat iemand goed kan. En aan te sluiten bij de ander in waar hij staat in zijn herstelproces.
- Het gebruik van psychiatrische diagnoses dient altijd zorgvuldig te gebeuren. Het is vaak meer helpend om iemand als mens te leren kennen, met al zijn kwaliteiten en eigenaardigheden dan een diagnose te blijven benoemen (Samen Sterk zonder Stigma, 2019).

Naast de informatie die Samen Sterk zonder Stigma biedt, is er op de online kennisbank GGZ Standaarden de Generieke module Destigmatisering. In deze module staan praktische tools en handvatten terug om destigmatiserend te handelen<sup>8</sup>.

### *Sensitiviteit*

Een onderwerp dat raakt aan destigmatiserend werken is sensitiviteit. De mate waarin je in staat bent in te spelen op iemands context en verleden en de huidige situatie 'aan te voelen' vanuit begrip en daar tactvol mee om te gaan tijdens het gesprek. Sensitiviteit is belangrijk omtrent bijvoorbeeld trauma, cultuur, gender en licht verstandelijke beperking (lvb). Trauma ontstaat wanneer iemand een ervaring heeft zoals geweld, bedreiging of lichamelijk letsel en niet in staat is dit te voorkomen, te stoppen of psychisch te verwerken (Meszaros, 2010). Traumatische ervaringen in de kindertijd of door bijvoorbeeld partnergeweld verhogen het risico op latere leeftijd opnieuw trauma te ervaren of (geestelijke-) gezondheidsproblemen te ontwikkelen. Veel mensen die trauma hebben ervaren, houden last van de nasleep hiervan en zijn gebaat bij begeleiding die aansluit bij de specifieke behoeften die hieruit voorkomen (Reeves, 2015; Rosenberg, 2011). Bij traumasensitief

---

<sup>8</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/destigmatisering/introductie>



werken verleg je de vraag wat er met iemand aan de hand is, naar de vraag wat er met iemand is gebeurd. Je focust je dan meer op de oorzaak van probleemgedrag, in plaats van enkel op de gevolgen (ZorgWelzijn, 2018). In de begeleiding is het daarom belangrijk dat de begeleider zich afvraagt wat maakt dat een deelnemer bepaald gedrag laat zien, of op een bepaalde manier reageert. En of iemand gebaat is bij specifieke ondersteuning op het gebied van trauma, zoals behandeling.

Cultuursensitiviteit houdt in dat je op een respectvolle manier nieuwsgierig bent naar de belevenis, betekenis en context van de problemen die een deelnemer ondervindt, met een andere culturele achtergrond dan jij. Vanuit verschillende culturen wordt er bijvoorbeeld op een andere manier gekeken naar wat het betekent om een psychische kwetsbaarheid te hebben en in hoeverre je praat over problemen ('de vuile was buiten hangt'). Voor vertrouwen en opbouw van een relatie is het belangrijk om hier aandacht voor te hebben. Het is belangrijk om hierbij stereotypering en stigma te voorkomen (GGZ Standaarden, 2018). Wees je ervan bewust dat deelnemers mogelijk andere communicatiestijlen gewend zijn of dat het voor deelnemers minder vanzelfsprekend is om over bepaalde onderwerpen te praten. Maar ga er tegelijkertijd niet automatisch van uit dat je iets niet bespreekbaar kunt maken of dat een onderwerp niet van toepassing is. Zie hiervoor ook de Generieke module Diversiteit<sup>9</sup>.

Gendersensitief werken houdt in dat je oog hebt voor verschillen die kunnen bestaan in rollen, opvattingen en risico's omtrent een bepaalde sekse. In de discussie wordt hier nader op ingegaan.

## 4.2 Brainstormsessies expertgroep

### Brainstormsessie 1

De eerste bijeenkomst met de experts resulteerde in verschillende ontwerpcriteria voor de tool en een overzicht welke onderwerpen verder uitgezocht dienden te worden:

#### *Afbakening van het begrip risico*

Het is belangrijk te duiden wat wordt bedoeld met 'risico' en op welke risico's er wordt gefocust. Niet alleen focussen op ouderschap aangezien het de gehele BW/MO doelgroep betreft, maar bijvoorbeeld ook op slachtofferschap.

#### *Vorm en inhoud*

Een addendum voor deelnemers met een forensisch profiel zoals voorgesteld in de call, is mogelijk stigmatiserend. Voor de vorm kan een voorbeeld genomen worden aan de Risicoscreener Geweld Gevangeniswezen (De Vries Robbe & Van Den End, 2020). Dit is geen taxatie-, maar een triage instrument. Het instrument helpt bij het nemen van beslissingen over het geven van vrijheden tijdens detentie (gevangenisstraf).

De tool wordt meer dan een screener voor risico's. Er moet vooral ook aandacht zijn voor

---

<sup>9</sup> <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit/zorg-random-diversiteit>

re-integratie en behoeften ten aanzien van herstel. Hierin ook ruimte laten voor eigen oordeel door de deelnemer. Belangrijk is duidelijk maken hoe begeleiders dienen om te gaan met een verschil in visie tussen begeleider en deelnemer.

Bij statische uitkomstmaten op risiconiveau bestaat het risico dat het vastleggen hiervan een eigen leven gaat leiden bij bijvoorbeeld overdracht naar andere organisaties. Daarnaast is het belangrijk dat de tool past binnen de verschillende soorten systemen, begeleidingsplannen en gemeentelijke eisen. Het vastleggen en opslaan van informatie moet passen binnen de richtlijnen van de AVG.

*Eindadvies verder uit te zoeken vragen:*

- Welke uitkomstmaten moet de tool bevatten?
- Hoe divers is de doelgroep?
- Wat bestaat al?
- Wat wordt er momenteel uitgevoerd in de praktijk?
- Ophalen in de praktijk waar behoeften zitten en wat de attitude van begeleiders is over de spagaat tussen risico's en behoeften/herstel.

### Brainstormsessie 2

De antwoorden op de vragen uit de vorige bijeenkomst werden door de projectgroep gepresenteerd aan de experts en er werd doorgepraat over wat de tool in kaart moet brengen:

*Welke uitkomstmaten kan de tool bevatten?*

Op basis van bestaande taxatie/inventarisatie instrumenten van risico's en behoeften en inventariserende gesprekken met klankbordgroep zijn opties hiervoor bestudeerd:

- Recidive (algemeen of specifieke delict categorieën)
- Gewelddadig gedrag (meestal gedefinieerd als geweld naar andere mensen)
- Risicovol gedrag algemeen
- Risicovol gedrag naar zichzelf
- Slachtofferschap (victimisatie)
- Daderschap (geen recidive, maar voor de eerste keer)
- Zorgvraag / functioneren op verschillende levensdomeinen
- Onvervulde zorgbehoeften op verschillende levensdomeinen
- Herstel
- Zelfstandigheid /autonomie
- Contact begeleiding/ bejegening binnen de BW/MO
- Afspraken met zorgnetwerk buiten de BW/MO
- Combinaties van bovenstaande

*Attitude van begeleiders over de spagaat tussen risico's en behoeften/herstel*

Op basis van gesprekken met klankbordgroepleden zijn belangrijke criteria voor de tool:

- Aandacht voor werkrelatie: tussen begeleider en deelnemer, aandacht voor grenzen stellen, bejegening en stigma.
- Herstelgericht: nadruk op 'een veilige doortocht' en niet alleen op risico's. Fouten mogen maken, mogen ontdekken als deelnemer.

- Praktisch: voldoen aan de eisen nieuw Kwaliteitskader Forensische Zorg, niet teveel administratieve last of hoge invulfrequentie.
- Aansluiten bij de doelgroep: niet alleen focus op cognitief niveau maar ook sociaal functioneren.

*Wat wordt er momenteel uitgevoerd in de praktijk?*

De betrokken BW/MO organisaties werken allen met andere invullijsten. Er wordt gebruik gemaakt van signaleringsplannen, vroegsignalering (Early Risk Management, ERM), forensisch ambulante risico evaluatie (FARE), persoonlijk plan, begeleidingsplan, positieve gezondheidslijst, krachteninventarisatie en de nieuwe tool Samenwerkingsafspraken van Valente en het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Begeleiders vinden het onhandig dat er zoveel losse tools naast elkaar gebruikt moeten worden waarbij er regelmatig overlap is.

*Hoe divers is de doelgroep?*

Uitgewerkt in hoofdstuk 4.1 'Inventariserend literatuuronderzoek'.

*Wat bestaat al?*

Uitgewerkt in Bijlage 1 'Risicotaxatie'.

*Eindadvies doelstelling, eigenschappen tool en vervolgvragen*

Het werd duidelijk dat de tool een basis risico- en behoefte inventarisatie moest worden met aandacht voor krachten, waarbij de basis inventariseren is in plaats van taxeren. Aan deze basis zou iets (eenvoudigs) toegevoegd kunnen worden waarmee je zicht krijgt op veiligheidsrisico's/ de mate van ernst van de zorgen op gebied van veiligheid. Dit past bij de call zoals hij staat omschreven, bij de wensen van de klankbordgroep en de eisen uit het nieuwe Kwaliteitskader Forensische zorg.

Er werd besloten dat de tool de volgende eigenschappen moest bevatten:

- In te vullen met en door deelnemer
- Te gebruiken bij opstellen van het begeleidingsplan
- Risicofactoren relateren aan leefgebieden, maakt duidelijk waar risicofactoren zitten en waar niet
- Geen eindscore maar beschrijvend
- Een duidelijke scholing/training voor de BW/MO begeleiders

Vervolgvragen:

- Zijn er instrumenten/vragenlijsten gericht op slachtofferschap?
- Is interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nog meetbaar bij de pilot, in de voorgestelde vorm van de tool?
- Leefgebieden vanuit de bekende methodieken SRH, Krachtwerk en IRB die gangbaar zijn in de BW/MO in kaart brengen.

### Brainstormsessie 3

De antwoorden op de vragen uit de vorige bijeenkomst werden gepresenteerd en er werd vastgesteld welke vragen en aandachtspunten centraal staan tijdens de eerste bijeenkomst met de klankbordgroep.

#### *Instrumenten/vragenlijsten gericht op slachtofferschap*

Er bestaat een behoefte beoordeling bij slachtoffers van huiselijk geweld: de Decision-making In Abusive Relationships Interview (DIARI) (Nicholls et al., 2017). De DIARI heeft een uitgebreide handleiding waar per inventarisatiepunt een onderbouwing vanuit de literatuur staat beschreven waarom dit belangrijk is, en handvatten hoe je dit als professional bespreekt met de deelnemer. Dat kan aanknopingspunten bieden voor het ontwerp van de tool.

#### *Leefgebieden vanuit bekende methodieken en instrumenten*

Leefgebieden/thema's uit het Risk Need Responsivity model (RNR), Good Lives Model (GLM), Recidive Inschattingsschalen (RISc), Steunend Relationeel Handelen (SRH), Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB), Krachtwerk en Positieve gezondheid zijn naast elkaar gelegd. Dit overzicht is opgenomen als bijlage (Bijlage 4). Mogelijk voorbeeld zijn de methodieken die werken met basisthema's waar subgebieden bij horen. Dit vraagt duidelijke instructie wat waarbij hoort en waarom. Per leefgebied dient dan te worden aangegeven wat de aandachtspunten zijn waar je als begeleider op kunt letten.

#### *Eindadvies tool ontwikkeling en voorbereiding klankbordgroep*

Het werd duidelijk dat BW/MO's bekend zijn met het inventariseren van behoeften en krachten. Wat er werd gemist is bewustwording van risico's en hoe je hierover in gesprek gaat met de deelnemer. De tool moest een instrument worden dat hierbij helpt, als aanvulling op de behoefte- en krachten inventarisaties die de begeleiders al doen. Belangrijk was dat het niet gaat om turven en meten van risico's, omdat dat niet passend is binnen de BW/MO context. Het moest beschrijvend zijn, met als uitgangspunt hoe de situatie op dat moment is en dat zo'n situatie ook veranderbaar is. Met als speerpunt dat begeleiders bij bepaalde levensdomeinen kunnen aangeven op welke punten zij zich zorgen maakt en hoe daaraan gewerkt gaat worden. Positieve bekrachtiging werd daarbij belangrijk gevonden.

Vervolg:

- Prevalente risico's van de doelgroep in kaart brengen, zoals suïcide, zelfbeschadigend gedrag, uitbuiting/slachtofferschap in verschillende vormen, zelfverwaarlozing, ouderschap etc. Wanneer de keuze wordt gemaakt voor één uitkomstmaat, doet dit geen recht aan de diversiteit van de doelgroep. Hiervoor wordt een systematisch review uitgevoerd, in combinatie met het inventariseren van de prevalentie behoeften onder de doelgroep. Eerste resultaten hiervan voorleggen aan de klankbordgroep om herkenbaarheid te inventariseren.
- Een voorbeeld maken met verschillende onderdelen van bestaande taxaties en inventarisaties zoals de START, Risicoscreener en DIARI om voor te leggen aan de klankbordgroep. Waar ligt de voorkeur? Welke vorm sluit aan bij de dagelijkse BW/MO praktijk?

### 4.3 Klankbordbijeenkomst 1

De leden ontvingen ter voorbereiding een document waarin het doel van de te ontwikkelen tool werd uitgelegd, het tijdsplan van het project, de BW/MO setting werd toegelicht en er werden ter inspiratie voorbeelden gegeven van bestaande taxatie instrumenten zoals de Risicoscreener Geweld (de Vries Robbe & Van den End, 2020), de DIARI (Nicholls et al., 2017), de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) (Nicholls et al., 2006) en de Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF) (De Vogel et al., 2007). De leden van de klankbordgroep benoemden thema's die zijn meegenomen voor het eerste ontwerp van de tool. Dit betroffen:

#### *Aansluiting bij verschillende cognitieve en sociale niveaus*

Leden van de klankbordgroep benoemden allereerst dat de behoefte aan een tool die risico's en behoeften van deelnemers inventariseert groot is in het veld. Zij vonden het inhoudelijk belangrijk dat er rekening wordt gehouden met verschillen in cognitief niveau bij de deelnemers, bijvoorbeeld bij (vermoedens van) een licht verstandelijke beperking. Ook het niveau van sociale vaardigheden en communicatie bij de deelnemers kan verschillen. De tool moet eenvoudig te begrijpen te zijn en deelnemers met verschillende niveaus en vaardigheden moeten in staat zijn zich met deze tool te kunnen uiten.

#### *Aansluiting bij taak en kenmerken BW/MO*

Op het gebied van uitvoering/toepassing gaven de leden het volgende aan. De tool dient zich te richten op het aangaan van het gesprek met de deelnemer over behoeften, risico's en krachten waarbij er geen lijst wordt ingevuld maar beschrijvend wordt gewerkt. Leden vonden het daarbij noodzakelijk dat de tool aansluit bij de taak en manier van werken in de BW/MO en dat je de tool inzet met de gedachte dat je als begeleider werkt aan de groei/ontwikkeling van een deelnemer in verschillende fases. Een klassieke risicotaxatie schat de mate van het risico in: laag, midden of hoog. Leden omschreven de BW/MO als een plek waar deelnemers mogen leren en ontwikkelen, fouten mogen maken en kansen krijgen. Omdat de tool geschikt dient te zijn voor de gehele BW/MO doelgroep vonden leden een klassieke risicotaxatie zoals bekend uit bijvoorbeeld forensische klinieken hiervoor minder passend.

Voor het begeleiden van deelnemers met een forensische achtergrond in de BW/MO ligt een aanvullende taak ten aanzien van recidive en veiligheid. Maar een addendum voor forensische deelnemers kan als stigmatiserend worden ervaren. Er werd gedacht aan een tool waarin risico's en behoeften ten aanzien van crimineel gedrag en veiligheid geïntegreerd zijn. Met daarin extra uitleg en aandacht voor het begeleiden van deelnemers met een forensisch profiel. Ten aanzien van risico's vonden leden het belangrijk dat het geen afvinken van 'symptomen' wordt, maar dat begeleiders aan het denken worden gezet wat de oorzaak kan zijn van bepaald gedrag.

De tool moet aansluiten bij het herstel- en krachtgericht werken dat binnen de BW/MO wordt toegepast, door ook aandacht te besteden aan krachten die de deelnemers bezitten en hoe deze kunnen worden ingezet in het traject.

### *Vormgeving*

Leden benoemden dat begeleiders en deelnemers over het algemeen niet zitten te wachten op meer invullijsten. Het werd belangrijk gevonden dat de tool geen extra administratieve handeling is. Het doel dient duidelijk te zijn en de tool kan idealiter bestaande losse lijsten vervangen. Er werd gedacht aan een creatieve vormgeving met bijvoorbeeld kleuren of een spelelement wat ervoor kan zorgen dat het aantrekkelijker wordt om in te zetten in de dagelijkse begeleiding.

### *Instructie*

Begeleiders hebben kennis nodig waarom de factoren die de tool gaat bevatten ertoe doen. Een duidelijke instructie hoe begeleiders de tool moeten gebruiken vonden leden noodzakelijk. Daarnaast hebben begeleiders vaardigheden nodig om te handelen op basis van de uitkomsten van de tool zoals gespreksvaardigheden, forensische scherpste, herstelgericht werken en shared decision making. Goed faciliteren van begeleiders in het werken met de tool werd noodzakelijk gevonden voor implementatie.

## 4.4 Afstudeeronderzoek licht verstandelijke beperking

Tijdens fase 1 werkte er studente Toegepaste Psychologie Jeremiah Sijmons mee aan het project in het kader van haar afstudeerstage bij Tranzo. Zij schreef een scriptie met de volgende hoofdvraag:

Aan welke criteria moet de tool voldoen om geschikt te zijn voor zowel mensen met een licht verstandelijke beperking als hun begeleiders binnen de BW/MO-sector?

Hieruit is op basis van literatuuronderzoek en interviews met acht professionals (zes BW/MO begeleiders, een ervaringsdeskundige en een toezichthouder/lvb-expert van de Reclassering) een adviesrapport gekomen. Relevante informatie omtrent lvb vanuit het literatuuronderzoek staat uitgewerkt in hoofdstuk 4.1 van deze eindrapportage. De aanbevelingen voor de tool waren als volgt:

De tool moest voldoen aan deze criteria: visuele ondersteuning, simpel taalgebruik en het kunnen gebruiken van hulpmiddelen zoals hulpkaarten. Om de tool als begeleider te kunnen gebruiken moeten begeleiders beschikken over gesprekstechnieken en de communicatie- en begeleidingstijl kunnen aansluiten bij personen met een lvb. Het is van belang dat begeleiders worden opgeleid om de tool te kunnen gebruiken.

Voorafgaand aan het gebruik van de tool bleek het volgende belangrijk:

- Niet tijdens eerste contact inzetten
- Goede plaats kiezen; geen klinische ruimte of veel ruis
- Niet te veel onderwerpen in één keer bespreken; bekijken of de deelnemer meer onderwerpen aankan
- Gebruik van de tool voorbespreken met de deelnemer
- Stoppen als merkbaar is dat de deelnemer overvraagd wordt
- Eerst door eventuele weerstand heen en daar aandacht voor hebben
- Goed voorbereiden (op de gesprekken met de deelnemer), bijvoorbeeld: wat wil begeleider uitvragen op basis van het dossier
- Aanvoelen of het een juist moment is voor het gesprek

- Stapje voor stapje aan de slag gaan
- Zowel de deelnemer als begeleider zelf de tijd geven en nemen voor reflectie
- Bekijken in hoeverre zelfbeoordeling mogelijk is

Het werd duidelijk dat bij het gebruik van de tool rekening moet worden gehouden met de individuele verschillen van cognitieve niveaus van personen met een lvb. Dit kan worden gedaan door op individueel niveau met de deelnemer te onderzoeken welke vaardigheden de deelnemer (minder) beheerst. Het is van belang om het taalgebruik aan te passen en daarbij rekening te houden met de verwerkingssnelheid. De basis van 'aansluiten bij de ander' is het bouwen aan vertrouwen en contact. Duidelijk communiceren en vragen om een samenvatting van het gesprek om te checken of de ander het heeft begrepen is van belang. Een voorbeeld is de aangepaste vorm van motiverende gespreksvoering die staat beschreven in Tabel 1 (blz. 20). Methoden als afbeeldingen, pictogrammen of voorwerpen kunnen in de communicatie ondersteunend werken. Professionals dienen ook alert te zijn op overschatting van de deelnemer en indien dit het geval is verwachtingen bij te stellen. Het is belangrijk om rekening te houden met diens sterke en zwakke kanten.

Naast het beheersen van gespreks- en begeleidingstechnieken bleek kennis over lvb middels bijvoorbeeld scholing en/of deskundigheidsbevordering noodzakelijk. De handleiding van de tool kan begeleiders hierin ondersteunen door de belangrijkste informatie over lvb, zoals de kenmerken en de manier van communiceren, kort samen te vatten.

## 4.5 Conclusie

Aan het eind van deze fase resulteerden inventariserend literatuuronderzoek, brainstormsessies, klankbordbijeenkomsten en afstudeeronderzoek, aangevuld met voortgangsevaluaties met KFZ, in de belangrijkste hoofdlijnen voor de tool:

Het werd duidelijk dat de tool geen klassieke risicotaxatie moest worden. Een klassieke risicotaxatie schat de mate van het risico in: laag, midden of hoog. Dit past niet bij de taak van de BW/MO waar deelnemers mogen leren, proberen en fouten maken. De tool moest bijdragen aan het voeren van een gesprek over risico's, het maken van een passend begeleidingsplan en inzichtelijk maken wat een deelnemer nodig heeft in zijn traject.

De tool moest bijdragen aan samenwerken en samen beslissen. Shared decision making bleek daarbij belangrijk omdat dit kan bijdragen aan het herstel van de deelnemer en de werkrelatie. De uitkomsten van de tool moesten bijdragen aan het gesprek en de gezamenlijke verantwoordelijkheid. Motiverende gespreksvoering bleek belangrijk omdat dit een gespreksmethode is waar veel begeleiders bekend mee zijn en bij kan dragen aan het voeren van het gesprek over risico's, behoeften en krachten.

BW/MO's inventariseren al krachten en behoeften. Wat er werd gemist in de BW/MO is:

1. Uniformiteit in behoeften bepalingen.
2. Bewustwording van risico's, hierover in gesprek gaan en deze meenemen in het begeleidingsplan.

De tool moest een instrument worden dat hieraan bijdraagt.

Krachten bleken in combinatie met de risico's belangrijk om inzichtelijk te hebben, om behoeften te kunnen formuleren. Het was belangrijk dat de tool zou aansluiten bij deelnemers met verschillende cognitieve- en sociale niveaus. Een speelse vorm in plaats van formulieren of alleen praten kan bijdragen aan het onder woorden brengen van de risico's, behoeften en krachten door de deelnemer.

Verder werd duidelijk dat de gespreksonderwerpen van de tool een wetenschappelijke onderbouwing moesten krijgen middels systematisch literatuuronderzoek naar risico's en behoeften onder BW/MO doelgroep in wetenschappelijke literatuur.



## 5. Fase 2 Deel 1 Ontwikkeling van de tool – conceptproduct

### 5.1 Expertconsulten

Na afronding van fase 1, werd een eerste ontwerp gemaakt van de tool die bestond uit twee onderdelen.

- 1) Een basisinventarisatie lijst op verschillende risico's op basis van de uitkomsten van het systematic review. De lijst zou worden ingevuld door de begeleider en deelnemer los van elkaar, aangevuld met
- 2) Een spelvorm waarin begeleider en deelnemer een verdiepend gesprek voeren over risico's, behoeften en krachten aan de hand van gesprekskaarten en een gespreksbord. In aanloop naar de tweede klankbordbijeenkomst waar dit eerste ontwerp gepresenteerd werd, vond er een uitgebreid expertconsult plaats om te adviseren op dit eerste ontwerp en de voorbereiding op de bijeenkomst. Er is geadviseerd op de volgende onderwerpen.

#### *Uitkomstmaat*

Er werd geadviseerd om mede te focussen op de ontwikkeling van de deelnemer in de BW/MO en te zorgen dat het niet alleen over risico's gaat maar ook over behoeften en krachten. Het is belangrijk dat in de handleiding duidelijk wordt wat met deze termen wordt bedoeld.

#### *Tool deel 1 Inventarisatie*

De ervaring van de één van de experts was dat bij een taxatie/inventarisatie 'ja/nee' opties te zwart-wit zijn en dat meerpuntschalen snel ingewikkeld worden. Daarnaast zijn BW/MO begeleiders niet gewend om met zulke schalen te werken. Ook werd geadviseerd na te denken over een veranderschaal zodat verschillende momenten vergeleken kunnen worden. Het doel van de tool is niet een eindconclusie in score, maar er een praktisch vervolg aan kunnen geven. Naast een inventarisatie op risico's, ook een inventarisatie op factoren die bijdragen aan een 'succesvol' traject/herstel.

#### *Tool deel 2 Kaarten*

De gekozen vorm met gesprekskaarten had volgens de experts potentie om goed aan te sluiten bij de BW/MO praktijk. Er werd geadviseerd om te zorgen dat het niet te ingewikkeld wordt, door in gesprek te blijven met de praktijk over de toepasbaarheid. In deze vorm leek het niet nodig om nog een losse zelfbeoordeling toe te voegen, dit zit al verweven in de opzet.

#### *Literatuuronderzoek*

De experts hadden geen aanvullingen op de opzet voor het systematic review.

#### *Voorbereiding klankbordbijeenkomst*

Voor draagvlak werd het belangrijk gevonden om de klankbordgroep goed mee te nemen in het proces. Het eerste ontwerp laten zien kan draagvlak versterken, maar dan wel met duidelijke uitleg erbij.

## 5.2 Klankbordbijeenkomst 2

In de tweede klankbordbijeenkomst werd het eerste ontwerp van de tool gepresenteerd. Voorafgaand ontvingen de leden ter voorbereiding een document waarin ze het ontwerp konden zien en de werkwijze werd uitgelegd. Aan de hand van vragen gaven zij input op de thema's inhoud, instructie, werkvorm en implementatie. Bij deze bijeenkomst waren de experts aanwezig als toehoorder.

### *Inhoud*

De leden benadrukten dat het gebruik van de tool geen doel op zichzelf is, maar een middel. Het is een proces, je moet als begeleider de tijd nemen eerst een relatie op te bouwen. Het mocht geen 'gehaaste' afvinklijst worden.

Het moest gaan om opbouwen van de relatie, bespreekbaar kunnen maken van risico's en behoeften en daar vervolg aan geven in het traject. En voor de krachten de mogelijkheid bieden aan te sluiten bij waar BW/MO organisaties al mee werken.

Ook werd belangrijk gevonden dat er in taalgebruik rekening wordt gehouden met deelnemers met een lvb en dat ondanks dat de tool zich focust op de brede BW/MO doelgroep, de forensische groep niet uit het oog wordt verloren. Met het oog op voorkomen van recidive werd het belangrijk gevonden dat hier voldoende aandacht aan wordt besteed.

### *Instructie*

De klankbordgroep vond vaardigheden van de medewerkers essentieel voor gebruik van de tool. Op het moment dat begeleiders de vaardigheden niet hebben om een gesprek aan te gaan, wordt zo'n tool lastig om mee te werken. Welke vaardigheden en competenties vraagt het van de medewerkers die het gesprek aan gaan? In de praktijk is het lastig om mensen te vinden die het gesprek over risico's op een juiste manier aangaan. Wat vraagt het van medewerkers om risico's bespreekbaar te maken? Het gesprek voeren over krachten vinden begeleiders vaak leuk om te doen, maar als het gaat over risico's wordt ervaren dat dit uit de weg wordt gegaan of moeilijk wordt gevonden. In de werkomgeving werd ervaren dat het bespreken van risico's onderbelicht blijft.

### *Werkvorm*

Er werd een werkvorm van de tool voorgelegd aan de groep. Deze werkvorm bestond uit een basisinventarisatie op risico's in de vorm van een inventarisatielijst aangevuld met een gesprekstool ter verdieping. De voorgelegde inventarisatie wordt ingevuld door de begeleider en deelnemer los van elkaar, ter voorbereiding op een gesprek over behoeften, risico's en krachten. De voorgelegde verdiepende gesprekstool kan een spelvorm krijgen.

De klankbordgroep voorzag dat de voorgestelde basisinventarisatie mogelijk weerstand op zou leveren omdat het klinisch oogt. Het ging volgens hen vooral om 'het goede gesprek' voeren. Leden stelden voor de inventarisatie te integreren in het gesprek. Zo hoeven begeleider en deelnemer niet los van elkaar een lijst in te vullen maar gaan ze echt samen in gesprek. Het zelfbeoordelen en samen beoordelen werd daarmee onderdeel van het gesprek in plaats van een los onderdeel. Wat betreft het gesprek, werd een vorm voorgelegd aan de leden waarbij gewerkt wordt met gesprekskaarten. De gesprekskaarten zijn de leidraad voor het gesprek over behoeften, risico's en krachten op het betreffende

thema van de kaart. Begeleider en deelnemer vullen op blanco risico-/behoefte en krachtenkaarten in wat er wordt besproken. De kaarten schuiven begeleider en deelnemer samen over een bord om te beslissen welke vervolgstap eraan wordt gegeven.

De leden waren van mening dat de omschreven vorm potentie heeft om aan te sluiten bij de BW/MO, maar daarbij werd het belangrijk gevonden dat het niet kinderlijk wordt. Niet de vorm van een echt spel, maar met speelse elementen (de kaarten).

### *Implementatie*

Het op een juiste manier kunnen toepassen van de tool valt of staat volgens de leden met de vaardigheden van begeleiders. Ook vonden zij het belangrijk dat de tool past binnen de eisen die worden gesteld in het nieuwe Kwaliteitskader Forensische zorg.

## 5.3 Conclusie

Aan het eind van deze fase werd duidelijk dat de tool begeleider en deelnemer moest helpen om samen in gespreksvorm te inventariseren welke behoeften, risico's en krachten er bestaan bij de deelnemer. De naam van de tool werd daarom het Behoeften, Risico en Krachten gesprek, afgekort als het BeRK gesprek. Voor begeleiders moest het duidelijk zijn welke gespreksonderwerpen ertoe doen om te bespreken als je dit wilt inventariseren en welke houding en vaardigheden belangrijk zijn tijdens het voeren van zo'n gesprek, in de vorm van een handleiding. Omdat er weinig behoefte was aan een afvink-/invullijst werd de basisinventarisatie geïntegreerd in het gesprek zelf. Door te werken met een gesprekskaarten systeem kreeg het BeRK gesprek een aantrekkelijkere uitstraling die past bij de dagelijkse BW/MO praktijk, zonder dat het een spel wordt dat ervaren kan worden als kinderlijk of juist ingewikkeld. Het werken met de gesprekskaarten gebeurt daarmee in samenspraak met de deelnemer. Een losse zelfbeoordeling bleek daardoor niet nodig en maakte de tool onnodig ingewikkeld. Het bleek belangrijk dat de tool de mogelijkheid biedt om te borgen wat er wordt besproken en dat duidelijk is wat begeleider en deelnemer gaan doen met de resultaten.

De concept tool bestond daarmee in deze fase uit twee delen:

- 1) Een gesprekshandleiding voor de begeleider met daarin informatie over de basishouding en basis gespreksvaardigheden die belangrijk zijn tijdens het voeren van een gesprek over behoeften, risico's en krachten. Met vanuit de wetenschappelijke literatuur per gespreksthema uitleg waarom het ertoe doet om dit met deelnemers te inventariseren en bespreken.
- 2) Een kaartensysteem aan de hand waarvan begeleider en deelnemer het BeRK gesprek voeren. De gespreksthema's vanuit de literatuur zijn onderverdeeld in gesprekskaarten. Om het gesprek te structureren, vast te leggen wat er wordt besproken en inzichtelijk te maken welk vervolg eraan wordt gegeven zijn er blanco 'behoefte-risico kaarten' en 'krachten kaarten'. Hierop noteren begeleider en deelnemer in korte stellingen wat zij bespreken. Deze kaarten worden op een gespreksbord<sup>10</sup> verschoven, waardoor inzichtelijk wordt welk vervolg hieraan wordt gegeven.

---

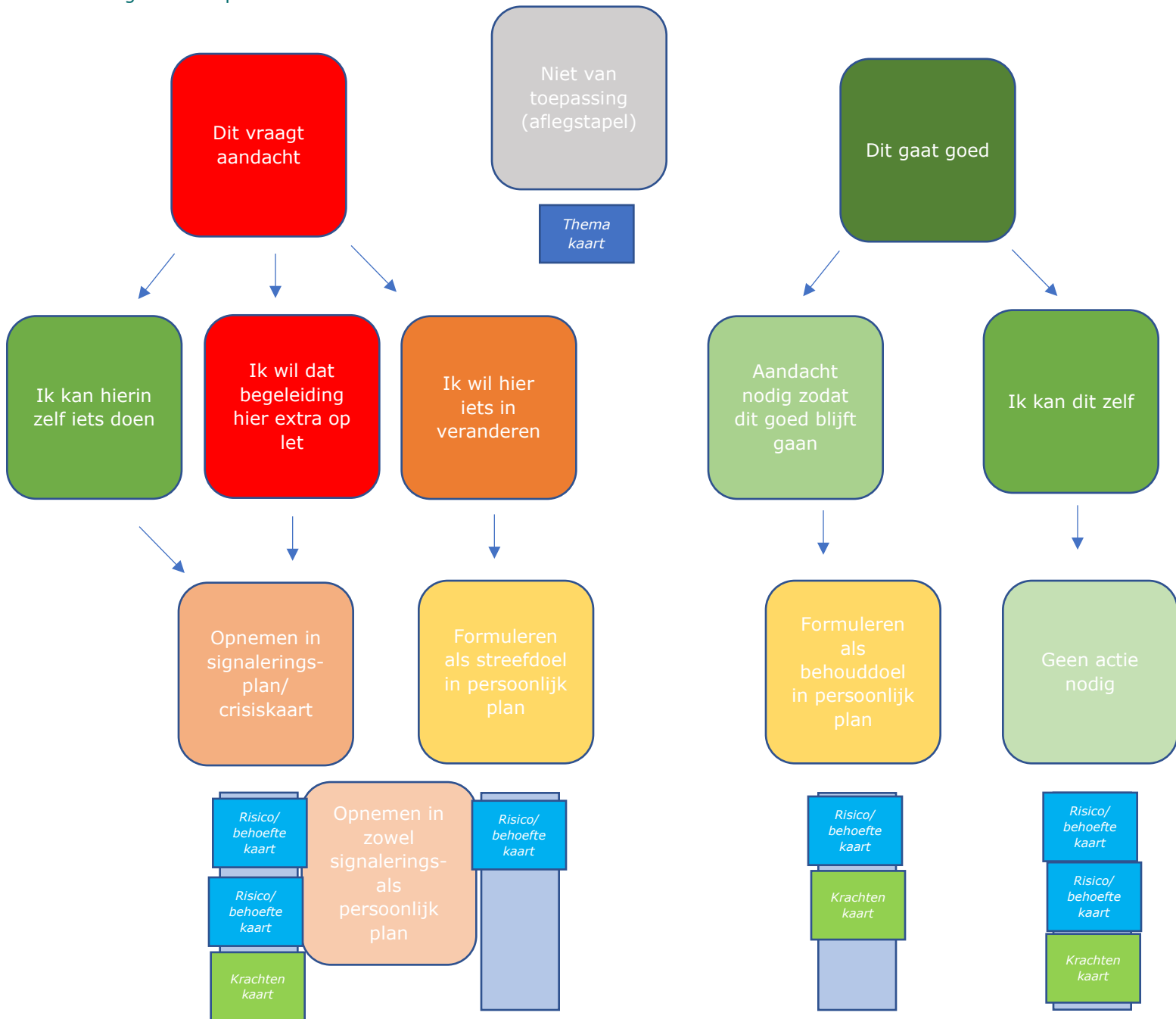
<sup>10</sup> Wanneer in de eindrapportage wordt gesproken over 'gespreksbord' wordt het gespreksbord uit de handleiding bedoeld waarmee de kaarten inventarisatie wordt gestructureerd.

Hieronder wordt de inhoud van de gesprekskaarten en het gespreksbord getoond. De gesprekskaarten en het gespreksbord zijn op verschillende momenten tijdens het project aangepast aan de hand van nieuwe inzichten op basis van literatuur, input van de klankbordgroep, expertgroep en de pilot. Per fase wordt in de volgende hoofdstukken bij de conclusie getoond hoe de kaarten en het gespreksbord eruitzagen aan het einde van de betreffende fase.

Figuur 2 Gesprekskaarten na fase 1

<p><b>Leefstijl &amp; Zelfzorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Roken en ander middelengebruik</li> <li>• Overgewicht</li> <li>• Stress</li> <li>• Dagelijkse verzorging (persoonlijk en leefomgeving)</li> </ul>	<p><b>Victimisatie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slachtoffer van geweld</li> <li>• Slachtoffer van andere vormen van criminaliteit</li> </ul>
<p><b>Werk, Financiën &amp; Dagstructuur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Daginulling</li> <li>• Werk/opleiding</li> <li>• Inkomen en omgaan met financiën</li> <li>• Naar afspraken kunnen komen/op tijd komen</li> </ul>	<p><b>Criminaliteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crimineel gedrag</li> <li>• Beïnvloedbaarheid</li> <li>• Risico op terugval</li> </ul>
<p><b>Psychische kwetsbaarheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychische problematiek</li> <li>• Zelfbeschadiging</li> <li>• Suïcide</li> </ul>	<p><b>Agressie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiek</li> <li>• Verbaal</li> <li>• Vernieling</li> </ul>
<p><b>Lichamelijke kwetsbaarheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichamelijke aandoeningen</li> <li>• Pijn</li> <li>• Tandproblemen</li> </ul>	<p><b>Verslaving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Drugs</li> <li>• Gokken</li> </ul>
<p><b>Relaties &amp; Seksualiteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociaal netwerk</li> <li>• Intieme relaties</li> <li>• Seksualiteit</li> </ul>	

Figuur 3 Gespreksbord na fase 1



## 6. Fase 2 Deel 2 Ontwikkeling van de tool – pilotproduct

### 6.1 Feedbackronde

In de feedbackronde werden de concepttool- en handleiding uitgetoetst en voorzien van feedback door twee ervaringsdeskundigen en vier begeleiders met een deelnemer. Sommige deelnemers met wie de tool werd toegepast maakten gebruik van forensische zorg, anderen niet. Hieronder volgen de resultaten van de kwalitatieve analyse van de evaluatieformulieren die door professionals en deelnemers werden ingevuld.

#### Professionals

*Werkwijze: aansluiting BW/MO, werkbaarheid in dagelijkse begeleiding, kaartensysteem*

De tool werd gezien als een hulpmiddel dat in potentie goed aansluit bij de BW/MO en de methodes waar al mee wordt gewerkt, op een leuke en speelse manier. Het geeft overzicht, visualiseert en kadert informatie die je samen inventariseert. Het werd prettig gevonden dat de gesprekstof letterlijk op tafel ligt. Een begeleider ervaaarde het gesprek als een luchtiger gesprek dan normaal. Deze begeleider dacht dat dit komt door de kaarten, de kleuren en het gespreksbord waar de kaarten overheen worden bewogen. De gespreksvorm kan volgens een begeleider drempelverlagend werken en je kunt het er makkelijk bij pakken als je in gesprek bent met iemand. Ook wordt meteen besproken wat er met de informatie gebeurt: persoonlijk plan of het signaleringsplan. Een begeleider merkte bij de deelnemer dat deze zelf oorzaak-gevolg van bepaalde problemen ontdekte door middel van het schuiven van de kaarten en dat ze er vervolgens samen in gesprek achter kwamen wat daarin nodig is. Een begeleider had samen met een collega erbij het gesprek gevoerd en dit werd als prettig ervaren: je kunt elkaar helpen met doorvragen.

Het werd belangrijk gevonden dat duidelijk is hoe de BeRK tool binnen de verschillende BW/MO's aansluit op al bestaande tools of deze kan vervangen, zoals het signaleringsplan en krachteninventarisatie, zodat er geen extra administratieve druk bij komt.

*Inhoud: herkenbaarheid van de thema's, leesbaarheid, aansluiting bij niveau begeleiders/deelnemers*

Het BeRK gesprek bestaat uit veel gespreksthema's, maar een begeleider gaf aan dat deze wel herkenbaar zijn vanuit bijvoorbeeld het intakegesprek of begeleidingsplan, dat de thema's goed op elkaar aansluiten en ook leiden tot nieuwe gesprekstof. Wel werd het woordgebruik in de handleiding en op de kaarten moeilijk gevonden. Ten aanzien van de hoeveelheid thema's werd aangegeven dat niet bij elke deelnemer de intensiteit van de begeleiding even frequent en intensief is maar dat wordt verwacht dat BeRK in de verschillende settingen wel een goede en brede basis kan bieden.

Begeleiders gaven aan nog op zoek te zijn naar meer verduidelijking tussen behoeften en risico's. Ook werd door een begeleider feedback gegeven ten aanzien van de kaarten, waaruit bleek dat de instructie voor deze persoon niet helemaal duidelijk was. Ook werd opgemerkt dat het belangrijk is te kijken naar de vorm van vastleggen. Een begeleider merkte op dat de kaarten zich er goed voor lenen om op verschillende momenten er even

bij te pakken, maar dat verder moet blijken hoe praktisch het is als je resultaten vanuit verschillende gespreksmomenten als geheel wil vastleggen.

#### *Vormgeving: vormgeving gespreksbord en handleiding*

Niet alle professionals vonden de stappen van het gespreksbord logisch op elkaar aansluiten. Aandacht voor wat het netwerk kan doen werd bijvoorbeeld gemist. Bij de verschillende keuzeopties werd gemerkt dat deelnemers zowel 'ik kan hierin zelf iets doen' als 'begeleiding kan hierin iets doen' wilden kiezen. Ook werd er aangegeven dat bij de krachten de stappen op het gespreksbord erg snel lijken te gaan, terwijl het hen juist goed leek om er langer bij stil te staan als iets goed gaat.

De handleiding werd lang, maar wel duidelijk en compleet gevonden. Er werd een suggestie gegeven om ook een bondige handleiding of uitleg te maken voor deelnemers zodat zij zichzelf kunnen voorbereiden op het BeRK gesprek.

Voor de pilot in de volgende fase vonden begeleiders het belangrijk dat de begeleiders het gespreksbord dan in een 'echte' versie tot hun beschikking hebben in plaats van enkel op een A4 en dat de gesprekskaarten geplastificeerd worden.

#### *Training: suggesties voor de te ontwikkelen training*

Een begeleider gaf aan BeRK niet ingewikkeld in gebruik te vinden en dat medewerkers elkaar hier ook in zouden kunnen trainen. Er werd aangegeven dat het fijn is dat er aandacht is voor de gesprekstechnieken omdat daar vaak nog winst te behalen is. Daarbij werd het ook belangrijk gevonden de gesprekstechnieken te kunnen vertalen naar de diversiteit van de doelgroep met verschillende niveaus qua intelligentie en kennis/beheersing van de taal.

## Deelnemers

#### *Suggesties en feedback: werkbaarheid en aansluiting dagelijkse begeleiding*

Een deelnemer rapporteerde dat de tool iets speels heeft maar je toch goed aan het denken zet, en dat je in een oogopslag kunt zien welke mogelijke problemen zich voor kunnen doen. Er werd gerapporteerd dat het nuttig is dat je in korte tijd een breed overzicht van behoeften en risico's krijgt, dat het een 'handig systeem' is en dat het helpt om iemand goed te leren kennen. Een deelnemer gaf aan dat het minder inspannend was dan hoe zulke gesprekken normaal gaan en meer overzicht gaf. Het visualiseren was voor deze persoon helpend. Een andere deelnemer benoemde juist de losse kaarten nog niet overzichtelijk te vinden. Ook kan het overweldigend zijn wanneer er teveel kaarten worden ingevuld. Ten aanzien van de gesprekskaarten rapporteerde een deelnemer dat de onderwerpen abstract zijn en liever 'eigen woorden te formuleren'. Ook werd opgemerkt dat sommige onderwerpen 'erg diep' gaan en mogelijk beter passen bij een relatie met een behandelaar dan met een begeleider.

Ten aanzien van het gespreksbord werd voorgesteld om de opties 'dit vraagt aandacht' en 'hierin wil ik iets veranderen' meer met elkaar te verbinden omdat dit volgens de deelnemer vaak met elkaar samenhangt. Ook werd een optie gemist om aan te geven dat je ergens

geen aandacht aan wil besteden op dat moment. Een andere deelnemer vond dat wanneer je bepaalde behoeften en risico's gaat prioriteren er risico op 'sjoemelen' is.

#### *Tips voor begeleiders: aandachtspunten tijdens het voeren van het BeRK gesprek*

Deelnemers rapporteerden dat een vertrouwensrelatie noodzakelijk is en dat een goede plek uitgekozen moet worden voor het gesprek omdat privacy belangrijk is hierbij. Er werd aangegeven dat het mogelijk stress kan opleveren om over 'veel onderwerpen en het hele leven' na te denken en dat begeleiders dus geduldig moeten zijn wanneer zij behoeften, risico's en krachten gaan bespreken. Verder werd het belangrijk gevonden dat de begeleider goed luistert naar wat er daadwerkelijk wordt gezegd en dat begeleiders hier geen eigen invulling van maken vanuit hun eigen referentiekader, terwijl een deelnemer iets anders bedoelt.

## 6.2 Expertconsulten

De experts werden geconsulteerd om middels persoonlijk overleg en schriftelijk contact de BeRK handleiding te voorzien van feedback. Deze feedback werd verwerkt voordat de handleiding werd aangeboden aan de programmacommissie van KFZ voor een tussentijdse beoordeling. De feedback wordt hieronder samengevat beschreven.

#### *Structuur handleiding*

De experts merkten op dat de handleiding een veelheid aan onderwerpen en expertises bevat. De handleiding had kenmerken van een eindrapport, beschrijving van best practice in de BW/MO en uitleg over toepassing van BeRK. Er werd geadviseerd om dit duidelijker te splitsen zodat de BeRK uitleg zelf beknopter is. Dat is handzamer voor de praktijk. De veelheid aan onderwerpen kan mensen afschrikken en het is niet realistisch dat mensen zich in alle onderwerpen gaan bekwamen voorafgaand aan het gebruik van BeRK. Hier zou een deskundigheidsbevordering voor kunnen komen, maar dit strekt verder dan de BeRK tool.

#### *Behoeften, risico's en krachten*

De experts gaven aan dat het zoeken blijft naar het 'risico waarop' en hoe risico's, krachten en behoeften zich tot elkaar verhouden. Experts gaven aan dat dit mogelijk niet erg is, BeRK is een gesprekstoel en niet bedoeld als klassieke risicotaxatie. Er werd geadviseerd om ervoor te waken dat het ook niet als zodanig gebruikt gaat worden. Het werd belangrijk gevonden om de begrippen behoeften, risico's en krachten te verduidelijken in de tekst en voorbeelden te noemen.

#### *Forensisch rehabilitatiegericht werken*

RNR en GLM werden volgens de experts niet voldoende uitgelegd. Er werd geadviseerd dit verder uit te werken, voorbeelden te noemen en uit te leggen hoe RNR en GLM zich voor begeleiders verhouden tot het BeRK gesprek. Het gaf nog te weinig aanknopingspunten voor het handelen.

#### *Gespreksthema's*

Over het algemeen leken de thema's passend volgens de experts. Suggesties voor toevoegingen en bewoordingen werden gedaan op een aantal thema's:

- Psychische gezondheid: diagnose, omgaan met beperkingen, gebruik medicatie



- Lichamelijke gezondheid: medicatie en ondersteuning
- Relaties en seksualiteit: in de literatuur zoeken of 'gemis aan seksualiteit' ook voorkwam
- Slachtofferschap: trauma
- Crimineel gedrag: forensische titel, problemen die samenhangen met crimineel gedrag. Ook uitleggen dat begeleiders gebruik kunnen maken van informatie van ketenpartners, bijvoorbeeld vanuit forensische risicotaxaties van de reclassering.

De gesprekskaarten moesten voldoende punten bevatten als houvast voor het gesprek. Ze werden nu 'mooi compact' gevonden. Sommige kaarten konden volgens de experts extra toevoeging gebruiken om te voorkomen dat belangrijke punten worden vergeten. Voor de handleiding was het advies om het hoofdstuk met uitleg over de gespreksthema's als volgt op te bouwen per gespreksthema:

1. Achtergrond vanuit de wetenschappelijke literatuur
2. Weergave van de gesprekskaart
3. Het kopje 'tijdens het gesprek' over waar begeleiders feitelijk op moeten letten tijdens het bespreken.

#### *Gespreksinstructie*

Het kaartensysteem sprak de experts aan en bood volgens hen potentie voor een goed gesprek en een goede samenwerking tussen deelnemer en begeleider. De opzet van de instructie vonden zij goed maar ze adviseerden de stappen nog concreter uit te leggen.

#### *Vastleggen*

Er was een formulier gemaakt in de handleiding waarop de kaarteninventarisatie kon worden samengevat per leefgebied, als een soort eindconclusie van het gesprek. Er werd geadviseerd om deze voor de pilot weg te laten en eerst te kijken hoe het gaat zonder deze laatste stap. Een extra formulier maakt het mogelijk onnodig ingewikkeld als begeleiders voldoende met het gespreksbord en de kaarten uit de voeten kunnen en het werd gezien als mogelijk risico dat dan alleen het formulier wordt ingevuld terwijl het juist gaat om het voeren van het gesprek met de kaarten.

Naar aanleiding van nadere uitwerking van het systematisch review, de feedbackronde en de expertconsulten werden de gesprekskaarten en het gespreksbord aangepast. Bij de gesprekskaarten is door middel van een asterisk (\*) aangegeven wat er is veranderd. Bij het gespreksbord wordt door middel van een opsomming aangegeven wat er is veranderd.

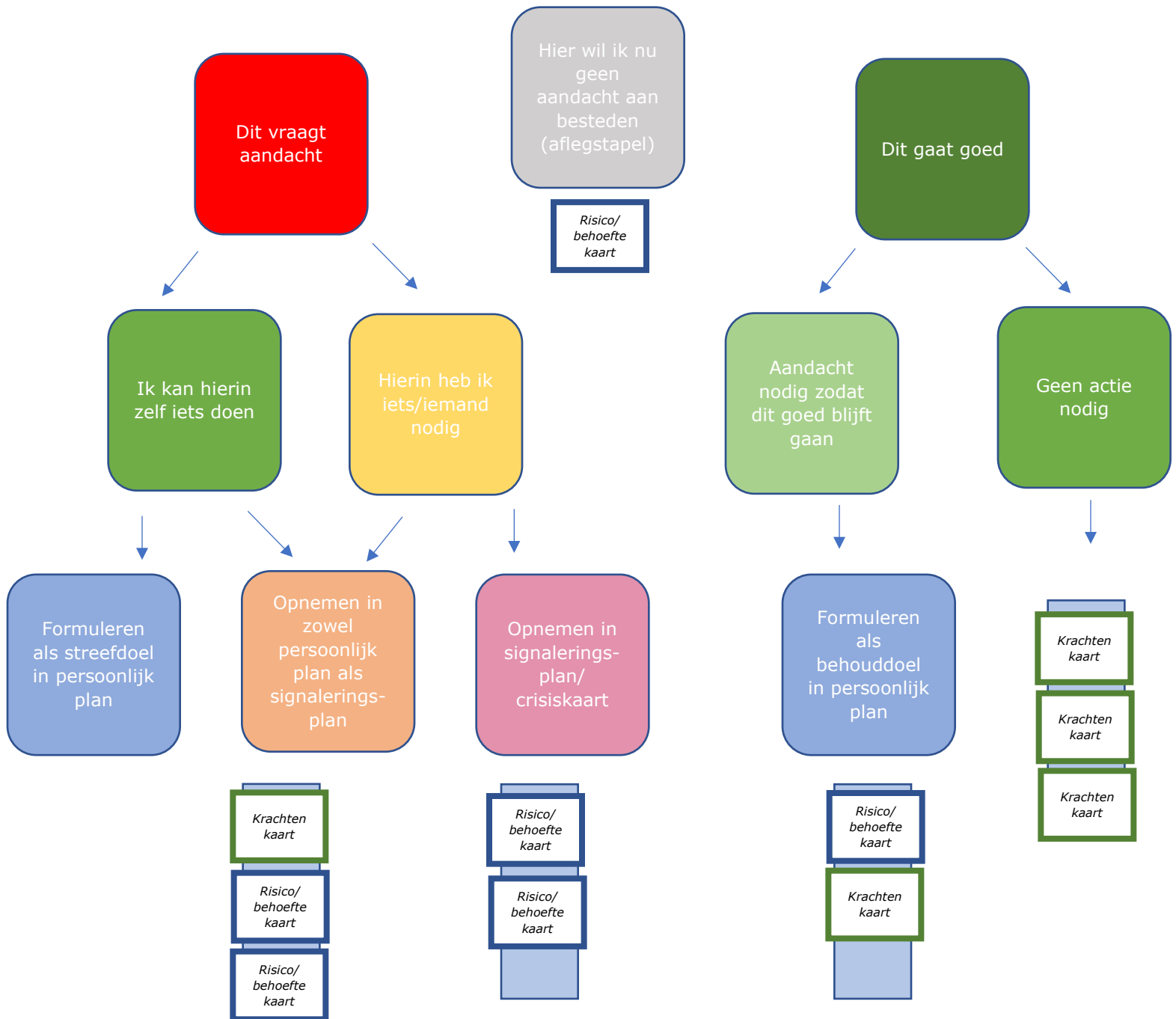
Figuur 4 Gesprekskaarten na fase 2 deel 1

<p><b>Gesprekskaart Leefstijl &amp; Zelfzorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Roken &amp; gebruik andere genotsmiddelen (niet verslaving)*</li> <li>• Overgewicht</li> <li>• Dagelijkse verzorging (persoonlijk en leefomgeving)</li> <li>• Zingeving &amp; religie*</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Relaties &amp; Seksualiteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociaal netwerk</li> <li>• Intieme relaties</li> <li>• Seksualiteit</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Financiën &amp; Administratie*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkomen</li> <li>• Post en administratie</li> <li>• Beheer van financiën</li> <li>• Schulden</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Slachtofferschap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slachtoffer zijn geweest van geweld of andere vormen van criminaliteit</li> <li>• Risico om (opnieuw) ergens slachtoffer van te worden*</li> <li>• Trauma*</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Werk, Scholing &amp; Dagstructuur*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagritme</li> <li>• Werk/opleiding</li> <li>• Naar afspraken kunnen komen/ op tijd komen</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Crimineel gedrag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forensische titel</li> <li>• Contact met politie/justitie</li> <li>• Problemen die samenhangen met crimineel gedrag*</li> <li>• Risico op terugval</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Psychische gezondheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychisch welzijn</li> <li>• Omgaan met beperkingen*</li> <li>• Zelfbeschadiging</li> <li>• Suïcide</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Agressie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiek</li> <li>• Verbaal</li> <li>• Vernieling</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Lichamelijke gezondheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lichamelijke aandoeningen</li> <li>• Pijn</li> <li>• Gebit*</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Verslaving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Drugs</li> <li>• Gokken</li> </ul>

Aanpassingen gespreksbord:

- Aflegstapel toegevoegd
- Bij de tweede rij is optie met begeleider weggehaald en aangepast naar iets/iemand omdat het netwerk ook een rol kan spelen.

Figuur 5 Gespreksbord na fase 2 deel 1



### 6.3 Tussenbeoordeling KFZ

In aanloop naar de pilot is de BeRK handleiding voorgelegd aan de programmacommissie van KFZ voor een tussenbeoordeling. Ook heeft er een evaluatiegesprek plaatsgevonden met een wetenschappelijk adviseur vanuit KFZ. De programmacommissie gaf aan overwegend positief te zijn over de aangeleverde stukken en gaf op een aantal punten feedback mee. Deze adviezen werden door de projectgroep overgenomen en voorafgaand aan de pilot verwerkt in de handleiding.

#### *Feedback handleiding*

Naast een aantal taal-technische opmerkingen en feedback omtrent referenties was de feedback als volgt.

De handleiding bevatte veel basisinfo. Er werden aanbevelingen gedaan voor de plek van de onderwerpen informatie over forensisch rehabilitatiegericht handelen, herstelgericht werken en krachtgericht werken. Er werd geadviseerd deze onderwerpen eerder in de handleiding aan bod te laten komen.

Ook werd het stuk over risicotaxatie onvolledig bevonden. Dit diende beter wetenschappelijk onderbouwd te worden. Daarnaast werd het belangrijk gevonden dat er aandacht is voor de ontwikkelingen die gestructureerde risicotaxatie en risicoformulering in de forensische zorg heeft doorgemaakt. Ten aanzien van het stuk over het RNR model en GLM werden aanbevelingen gedaan voor de verdere uitwerking.

De onderbouwing van het systematisch literatuuronderzoek voor de gesprekstema's werd gemist (Deze onderbouwing was reeds aanwezig en is in deze eindrapportage uitgewerkt). De programmacommissie deed een aantal aanbevelingen omtrent nadere uitwerking van de thema's slachtofferschap, lichamelijke gezondheid, crimineel gedrag en relaties & seksualiteit.

Het gespreksbord bevatte in eerste instantie een aflegstapel, waar gesprekskaarten op konden worden gelegd die niet van toepassing zijn. De programmacommissie adviseerde om wel alle gesprekstema's gestructureerd langs te lopen. Om duidelijk alle behoeften, risico's en de krachten in beeld te krijgen vonden zij het belangrijk om alle thema's wel aan bod te laten komen. Een van de doelen van deze tool is dat de begeleiders ook meer risico bewust gaan werken, als de moeilijke thema's buiten schot blijven ziet de commissie het als risico dat dit niet wordt behaald.

#### *Afspraken opzet pilot*

De programmacommissie was van mening dat het BeRK gesprek eerst uitgeprobeerd moest worden door de projectmedewerker en dat deze ervaringen verwerkt moesten worden in de handleiding voorafgaand aan de pilot. Ook werd geadviseerd om de eerst gegeven training te evalueren. De commissie raadde aan om gebruik te maken van rollenspellen om te oefenen. Er werd voorgesteld dat elke begeleider met 5-10 deelnemers de BeRK tool uitprobeert om op deze wijze ervaring op te doen met de tool. Er werd een terugkomdag/focusgroep geadviseerd waarin begeleiders ervaringen kunnen uitwisselen. De volgende vragen werden daarvoor voorgesteld:

- Lukt het met het kaartensysteem? Wordt dit inderdaad gebruikt en heeft het volgens de begeleiders een meerwaarde?
- Was het gesprek nuttig en wat leverde het op?
- In welke mate zijn de resultaten nuttig om een relevant begeleidingsplan mee te maken?

## 6.4 Conclusie

De feedbackronde, expertconsulten, nadere uitwerking van het systematische review en feedback van KFZ hebben geleid tot aanpassingen aan de BeRK handleiding en de vervolgcacties. De voorgestelde aanpassingen aan de handleiding, de gesprekskaarten en het gespreksbord die zijn beschreven in bovenstaande paragrafen werden doorgevoerd. Daarnaast zorgde de projectmedewerker ervoor dat de begeleiders voldoende gefaciliteerd werden voor de pilot door de gesprekskaarten en het gespreksbord uit te printen en te lamineren, en deze samen met een hand-out van de training te overhandigen aan de begeleiders.

Daarmee zagen de gesprekskaarten en het gespreksbord er als volgt uit. Het gespreksbord is ongewijzigd ten opzichte van paragraaf 6.2.

Figuur 6 Gesprekskaarten na fase 2 deel 2

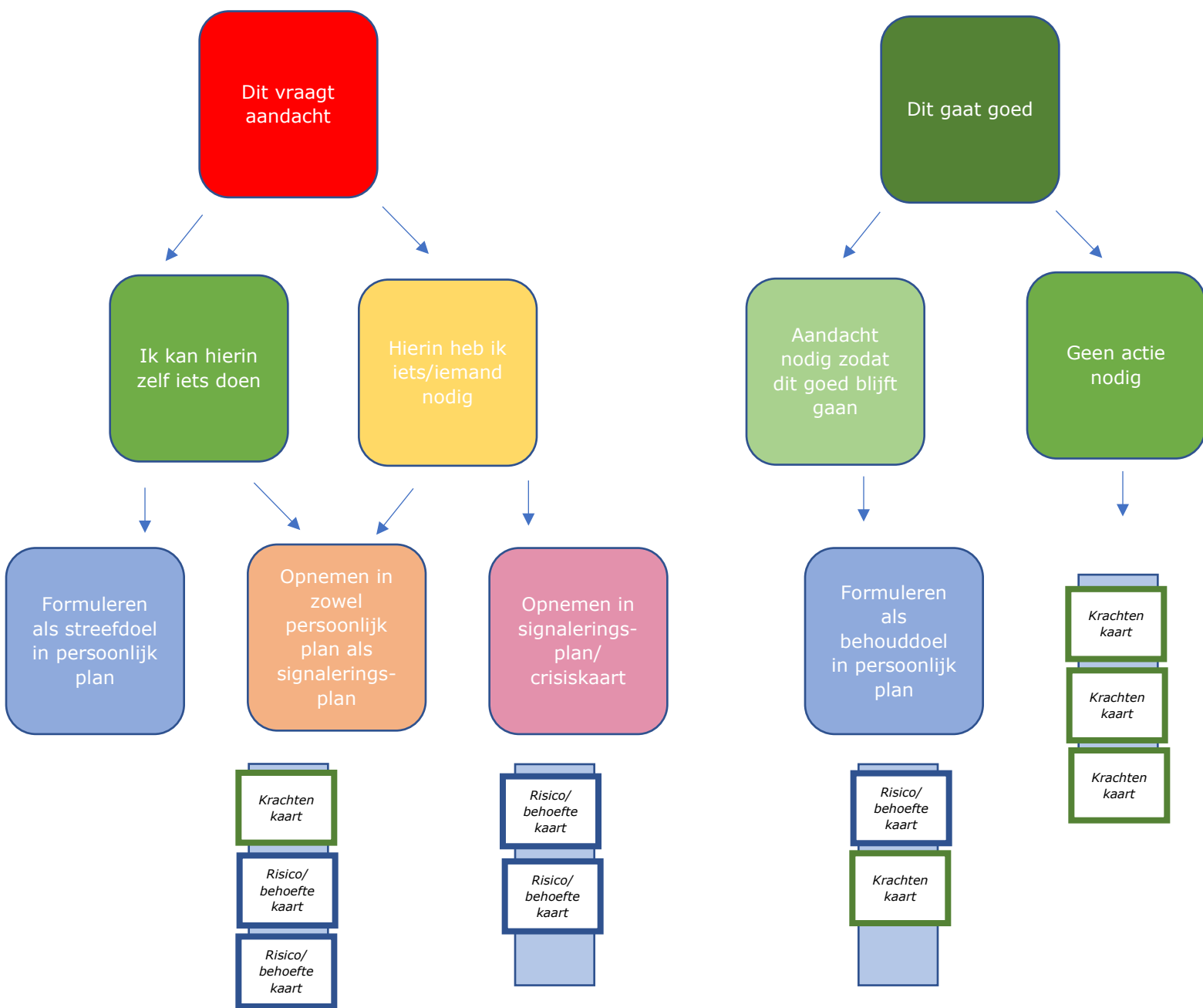
<p><b>Gesprekskaart Wonen*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Onderdak</li> <li>• Wonen in de toekomst</li> <li>• Verzorging van de leefomgeving</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Relaties &amp; Seksualiteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociaal netwerk</li> <li>• Intieme relaties</li> <li>• Seksualiteit</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Leefstijl &amp; Zelfzorg</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Roken &amp; gebruik andere genotsmiddelen (niet verslaving)</li> <li>• Overgewicht</li> <li>• Dagelijkse verzorging*</li> <li>• Zingeving &amp; religie</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Slachtofferschap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slachtoffer zijn geweest van geweld of andere vormen van criminaliteit</li> <li>• Risico om (opnieuw) ergens slachtoffer van te worden</li> <li>• Trauma</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Financiën &amp; Administratie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkomen</li> <li>• Post en administratie</li> <li>• Beheer van financiën</li> <li>• Schulden</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Crimineel gedrag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forensische titel</li> <li>• Contact met politie/justitie</li> <li>• Problemen die samenhangen met crimineel gedrag</li> <li>• Risico op terugval</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Werk, Scholing &amp; Dagstructuur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dagritme</li> <li>• Werk/opleiding</li> <li>• Naar afspraken kunnen komen/ op tijd komen</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Agressie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiek</li> <li>• Verbaal</li> <li>• Vernieling</li> </ul>
<p><b>Gesprekskaart Psychische gezondheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychisch welzijn</li> <li>• Omgaan met beperkingen</li> <li>• Zelfbeschadiging</li> </ul>	<p><b>Gesprekskaart Verslaving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Drugs</li> <li>• Gokken</li> </ul>

- Suïcide

### **Gesprekskaart Lichamelijke gezondheid**

- Lichamelijke aandoeningen
- Pijn
- Gebit

Figuur 7 Gespreksbord na fase 2 deel 2



## 7. Fase 3 Pilot – ontwikkeling training

### 7.1 Expertconsulten

Voor de ontwikkeling van de training werden op meerdere momenten de experts geconsulteerd. Eerst werd er bij de experts geïnventariseerd waar de training volgens hen uit moest bestaan. Vervolgens werd een training in concept opgesteld die is voorgelegd aan de experts, waarna aanpassingen werden gedaan. Deze consulten leidden tot een draaiboek voor de training (Bijlage 5).

Na de eerste training heeft de projectgroep een van de experts geconsulteerd om samen te evalueren of de training bijstelling behoeft. De deelnemers aan de training vulden hiervoor een evaluatieformulier in. De training werd positief ontvangen door de deelnemers en het bleek in overleg met de expert niet nodig om aanpassingen te doen.

### 7.2 Uitproberen tool met ervaringsdeskundigen

Op verzoek van de programmacommissie werd voor de start van de pilot het BeRK gesprek door de projectmedewerker uitgeprobeerd met twee ervaringsdeskundigen.

#### *Ervaringsdeskundige 1*

De ervaringsdeskundige gaf aan enthousiast te zijn over de tool en de speelse manier waarop je als begeleider en deelnemer samen aan de slag gaat met de behoeften, risico en krachten. De handleiding vond ze duidelijk en interessant en de stappen van de instructie logisch te volgen. We bespraken twee thema's waarbij we werkten met de kaarten en het gespreksbord. Hieruit bleek dat de stappen op het gespreksbord nog niet logisch op elkaar volgden en dat de veelheid aan verschillende kleuren voor onduidelijkheid zorgt, er was meer eenheid nodig. Ook leken de kleuren te veel een oordeel te geven: 'rood/oranje is fout, groen is goed'. Ze vond het belangrijk dat dit neutraler wordt gemaakt zodat deelnemers zich niet veroordeeld voelen bij een keuze. Het is juist goed om over risico's te praten en het geeft een verkeerde lading als dat wordt aangeduid met een rode/oranje kleur.

De ervaringsdeskundige stelde voor om de linkerkant blauwtinten te geven en de rechterkant groentinten. Te uitvoerig uitleggen van het gespreksbord kon het volgens de ervaringsdeskundige onnodig ingewikkeld maken, het gespreksbord spreekt tot op zekere hoogte voor zichzelf. Ook gaf ze aan dat de manier hoe je de kaarten invult enigszins afhankelijk is van hoe het gesprek loopt. Bijvoorbeeld of je direct de kaarten invult tijdens het praten of iemand eerst 10 minuten laat vertellen en daarna verschillende kaarten invult om het samen te vatten, dit ligt aan de voorkeur van de begeleider en deelnemer samen en die ruimte is belangrijk. Verder gaf de ervaringsdeskundige aan dat het gespreksbord werkt voor zowel mensen die meer geneigd zijn logisch te denken als voor mensen die meer visueel ingesteld zijn en vanuit gevoel denken. Als toevoeging gaf ze mee dat het bespreken van krachten voor deelnemers niet altijd zo makkelijk, positief of vanzelfsprekend is als vaak wordt gedacht. Het kan moeilijk voor iemand zijn om echt te voelen dat iets een kracht is, of een compliment daarover in ontvangst nemen als er vanbinnen nog gekwetstheid zit. Het is belangrijk om daar voldoende tijd en aandacht aan te besteden. De



ervaringsdeskundige gaf aan dat het een belangrijk onderdeel van een herstelproces is om krachten ook echt als een kracht te durven ervaren. Ook kan iemand een kracht nog verder willen ontwikkelen, en is het belangrijk dat deze optie ook op het gespreksbord komt te staan. Dat iets goed gaat, betekent niet altijd dat het 'klaar' is.

### *Ervaringsdeskundige 2*

Na de eerste uitprobeer sessie was het gespreksbord aangepast. Tijdens het gesprek met de tweede ervaringsdeskundige is de nieuwe versie van het gespreksbord geprobeerd waarbij bleek dat dit goed werkte. Wel merkte de ervaringsdeskundige op dat het een behoorlijke mate van zelfinzicht kan vragen van een deelnemer om keuzes te maken in het gespreksbord. Ze gaf als toevoeging dat deelnemers soms misschien zowel zelf iets kunnen doen als er iemand bij nodig hebben.

De ervaringsdeskundige gaf aan het een mooie tool te vinden. Ze had daarnaast de uitleg voor de deelnemer in de handleiding bekeken op duidelijkheid en stigma en gaf aan dat de uitleg helder is en volgens haar niet onbedoeld stigmatiserend.

Als tip gaf ze mee om in plaats van het werken met initialen op de kaarten te overwegen om kaarten met verschillende kleuren te gebruiken voor deelnemer en begeleider. Zo blijven de kaarten die de deelnemer invult echt van de deelnemer zelf wanneer ze het niet eens zijn. Daarnaast vond ze het belangrijk dat deelnemers niet worden gedwongen een bepaald thema te bespreken. Je kunt iemand niet dwingen ergens over te praten, tegelijkertijd kan je wel als begeleider vanuit jezelf benoemen wat je opvalt wanneer je je ergens zorgen over maakt. Het is belangrijk dat je je als begeleider wel durft uit te spreken over wat je ziet. Als volgende stap had de ervaringsdeskundige als idee dat elke deelnemer een persoonlijk, fysiek, gespreksbord krijgt waar je als begeleider gezamenlijk af en toe naar kunt kijken en kaarten kunt verschuiven, toevoegen of weghalen.

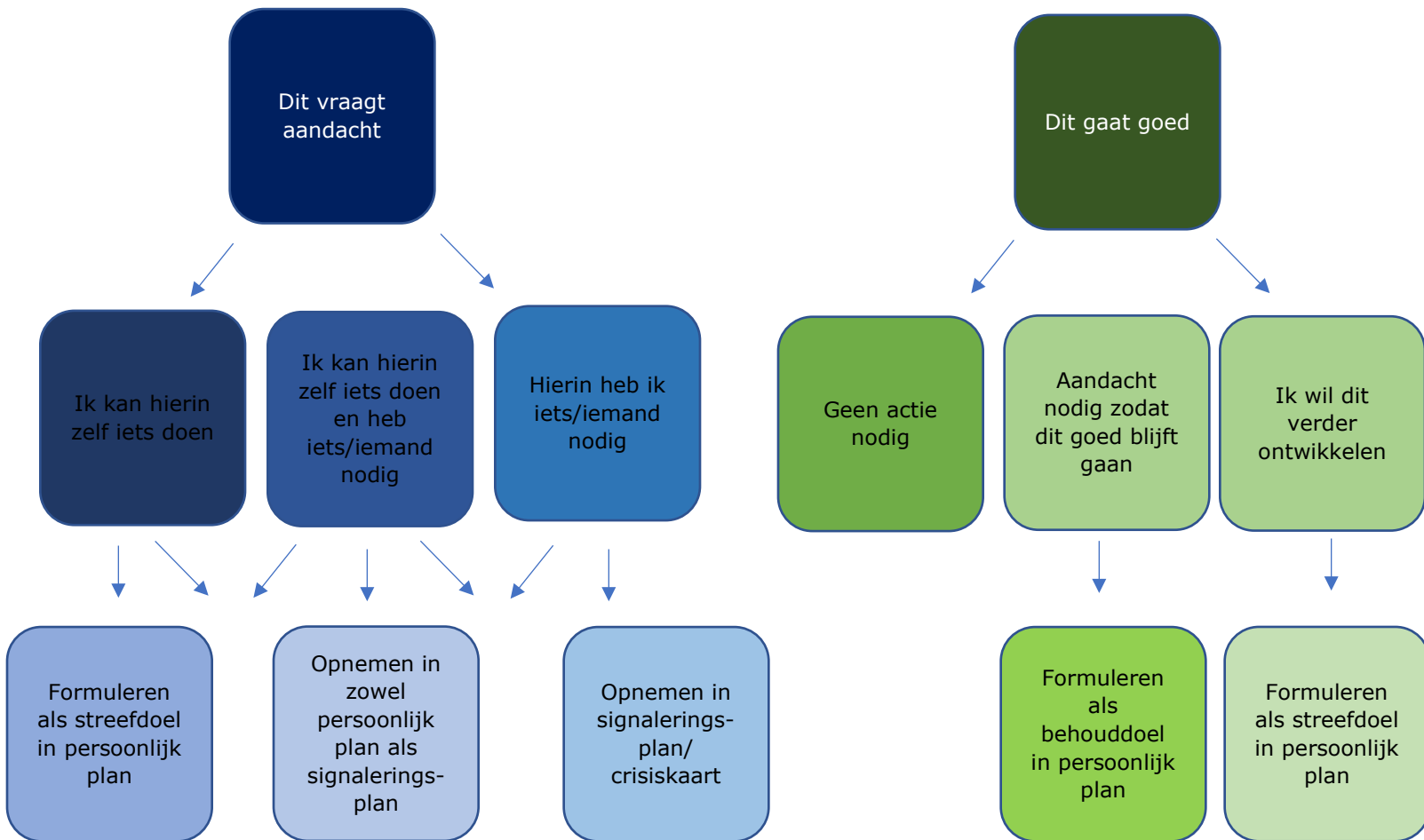
## 7.3 Conclusie

De gesprekskaarten zijn ongewijzigd t.o.v. hoofdstuk 6.4.

Aanpassingen gespreksbord:

- De kleuren zijn aangepast naar blauw en groen.
- Er is een blok toegevoegd waarin de deelnemer kan aangeven bepaalde krachten verder te willen ontwikkelen.
- Er is een blok toegevoegd waarin aangegeven kan worden dat een deelnemer ergens zelf iets in kan doen en er tegelijkertijd ook extra ondersteuning bij kan gebruiken.

Figuur 8 Gespreksbord na fase 3 deel 1



## 8. Fase 3 Pilot

### 8.1 Training

Er werden 24 begeleiders geworven. Er werden 23 begeleiders getraind in het voeren van het BeRK gesprek. 11 Begeleiders probeerden het BeRK gesprek daadwerkelijk uit in de pilot. Er was sprake van uitval door persoonlijke omstandigheden van de begeleiders of doordat de omstandigheden op de werkvloer (ziekte, deelnemers die niet mee wilden of konden doen, personeelstekort en dergelijke) het niet toelieten.

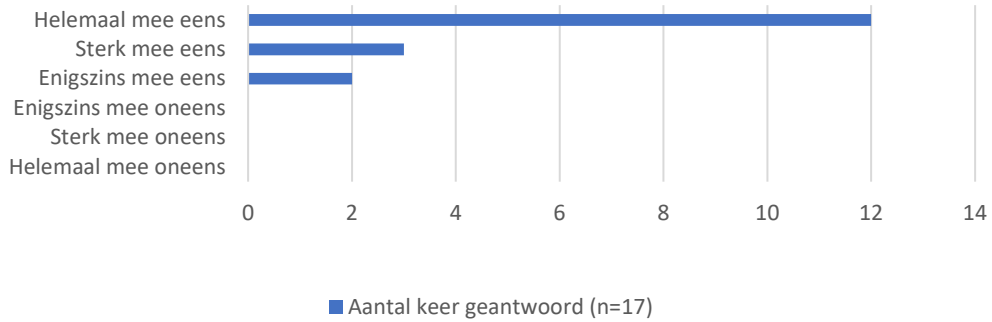
De training werd gegeven in verschillende groepsgroottes omdat begeleiders door middel van een datumprikker zelf konden aangeven op welk moment zij wilden deelnemen aan een training. De kleinste groep bestond uit drie begeleiders, de grootste groep uit zeven. Drie trainingen waren live op locatie. Het bleek niet altijd haalbaar om alle begeleiders uit dezelfde regio's op hetzelfde moment op een locatie te krijgen. Twee trainingen waren daarom in overleg met een van de experts online. Met een begeleider is om agenda technische redenen een 1-op-1 instructie gedaan zodat deze alsnog kon deelnemen aan de pilot. Twee begeleiders sloten last-minute aan bij de pilot in verband met de uitvalcijfers en konden daarom niet meer meedoen in een groep, zij kregen ook een 1-op-1 instructie.

### 8.2 Evaluatieformulieren deelnemers

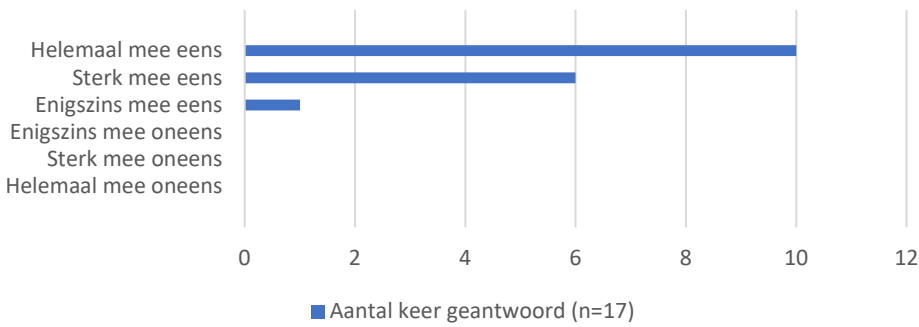
Van de 18 deelnemers waar het BeRK gesprek mee is uitgeprobeerd vulden er 17 het evaluatieformulier in. Hieronder wordt per vraag aangegeven hoeveel deelnemers kozen voor een bepaald antwoord. Bij onderdeel B was ook ruimte voor toelichting, dit wordt samengevat in de alinea onder het formulier.

## Onderdeel A. Gedeelde besluitvorming

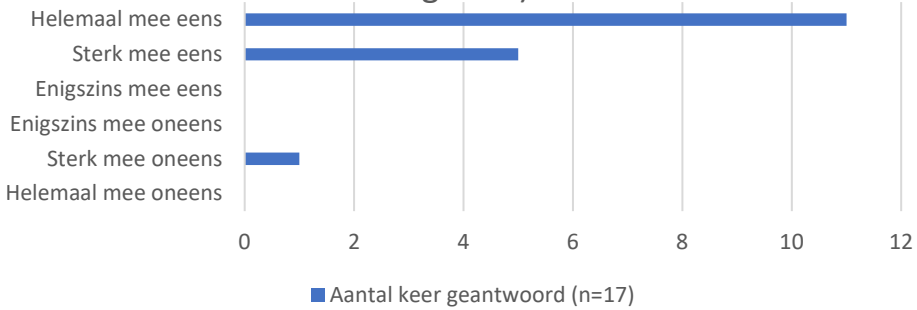
1. Mijn begeleider heeft me duidelijk gemaakt dat er behoeften, risico's en krachten besproken moeten worden.



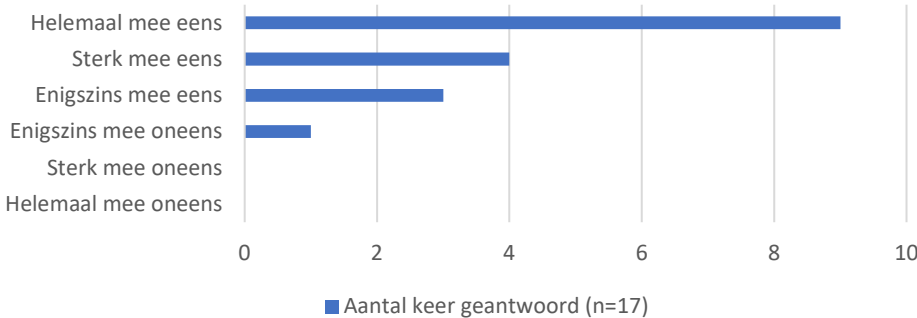
2. Mijn begeleider heeft met mij besproken wat het samen beslissen rondom de behoeften, risico's en krachten betekent.



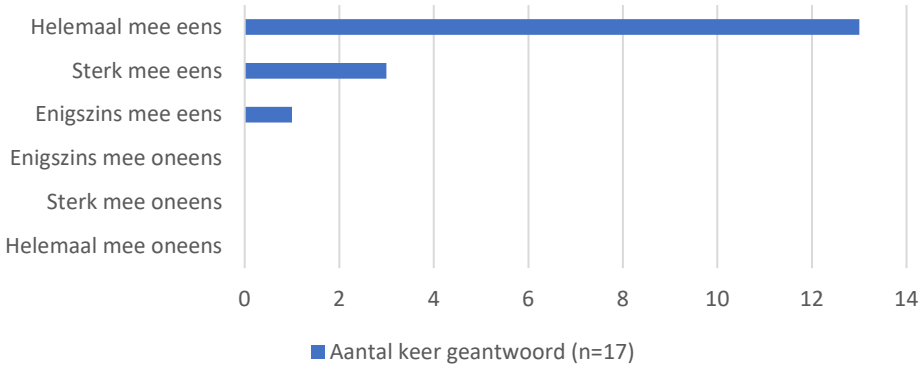
3. Mijn begeleider heeft me verteld dat er rondom behoeften, risico's en krachten verschillende mogelijkheden zijn in het BeRK gesprek. (Bijvoorbeeld de verschillende keuzes in Figuur 1).



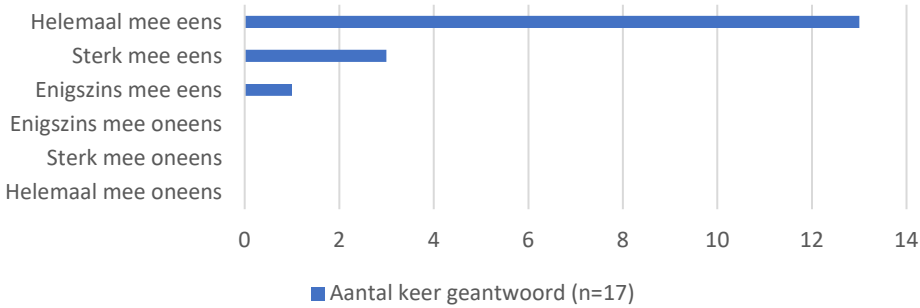
4. Mijn begeleider heeft me de verschillende mogelijkheden en vervolgopties precies uitgelegd.



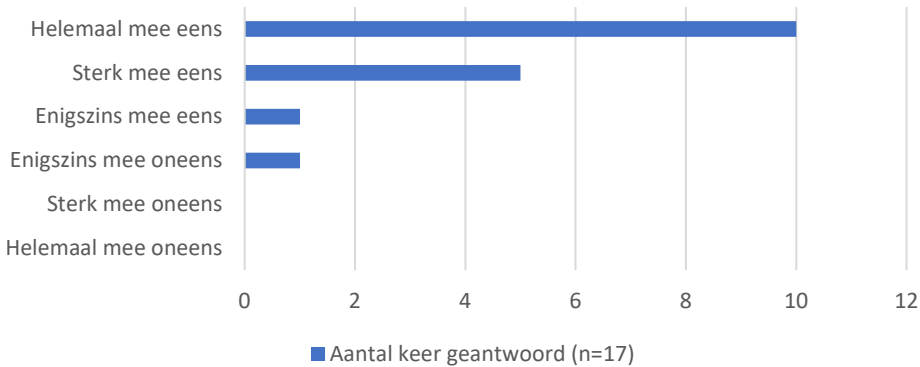
5. Mijn begeleider heeft me geholpen om alle informatie die hij/zij gaf te begrijpen.



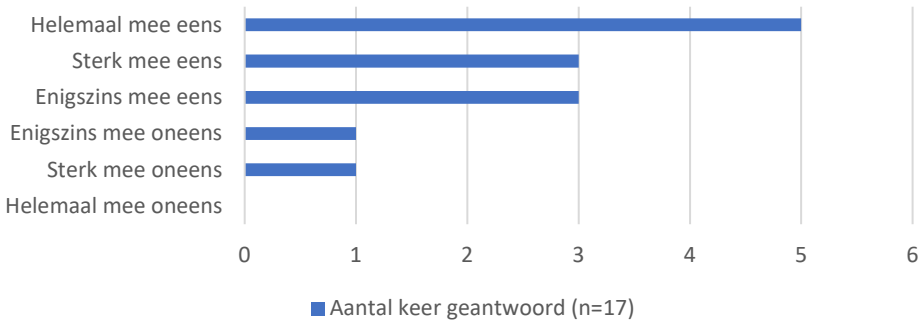
6. Mijn begeleider heeft me gevraagd welke formulering van de behoeften, risico's en krachten op de kaarten mijn voorkeur heeft. (Formulering betekent: wat jullie samen op de kaarten hebben geschreven, hoe jullie de risico's behoeften en krachten verwoord)



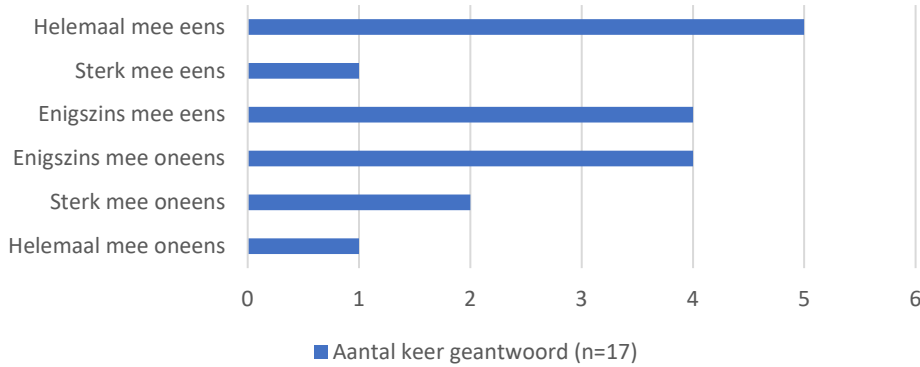
7. Mijn begeleider en ik hebben grondig doorgenomen welke behoeften, risico's en krachten er in mijn traject zijn.



8. Mijn begeleider en ik hebben samen uitgekozen welke van de besproken behoeften, risico's en krachten het meest belangrijk zijn in mijn traject.

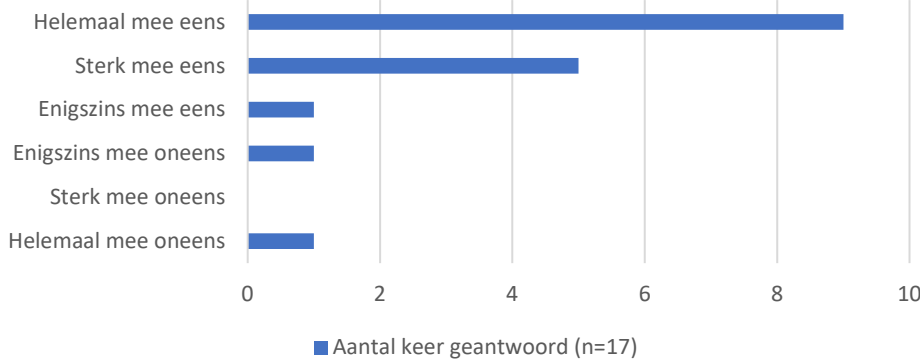


9. Mijn begeleider en ik hebben een afspraak gemaakt over hoe het gesprek vervolg krijgt in de begeleiding.

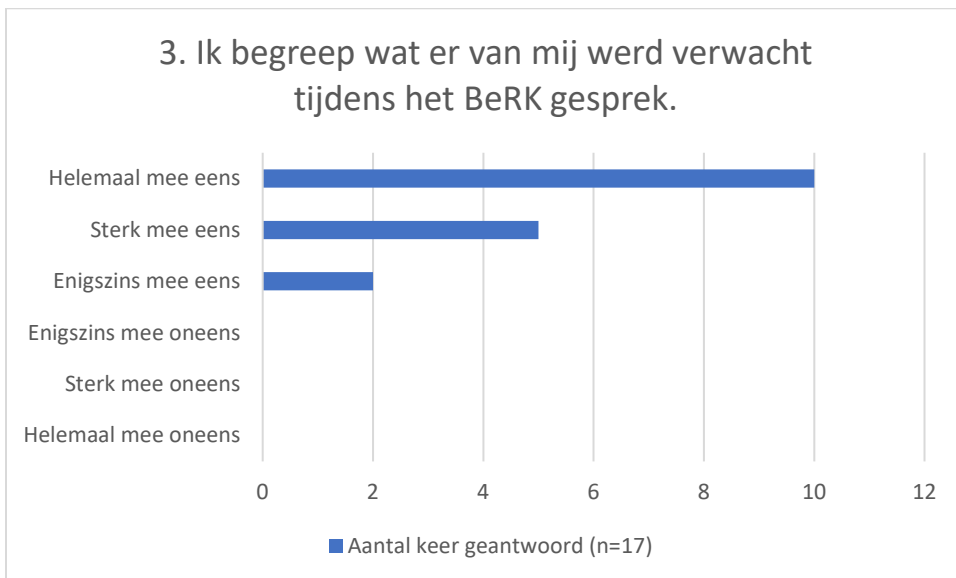
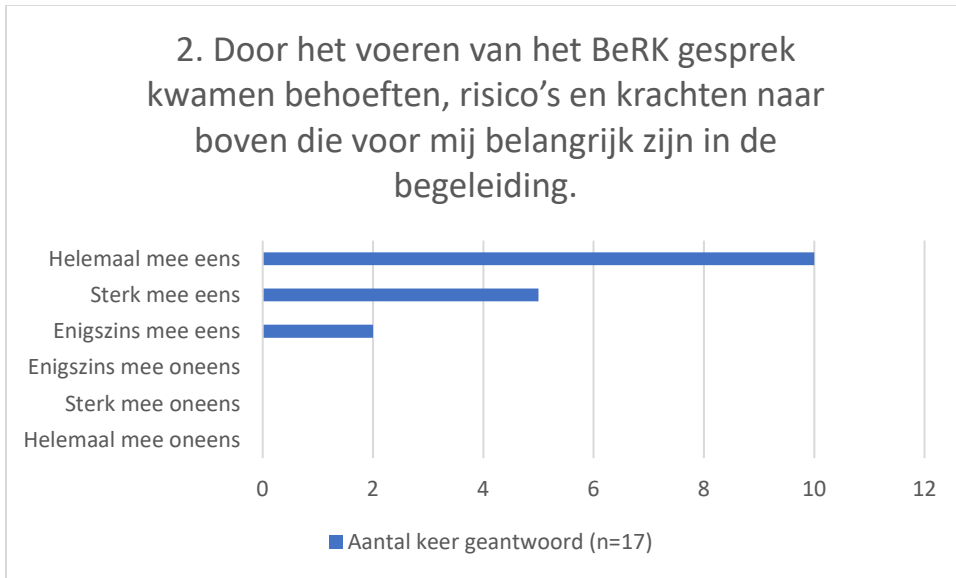


Onderdeel B. Aansluiting bij de begeleiding

1. Het BeRK gesprek heeft een passende tijdsinvestering voor de dagelijkse begeleiding: het gesprek duurt niet te lang.







*Toelichting op de antwoorden*

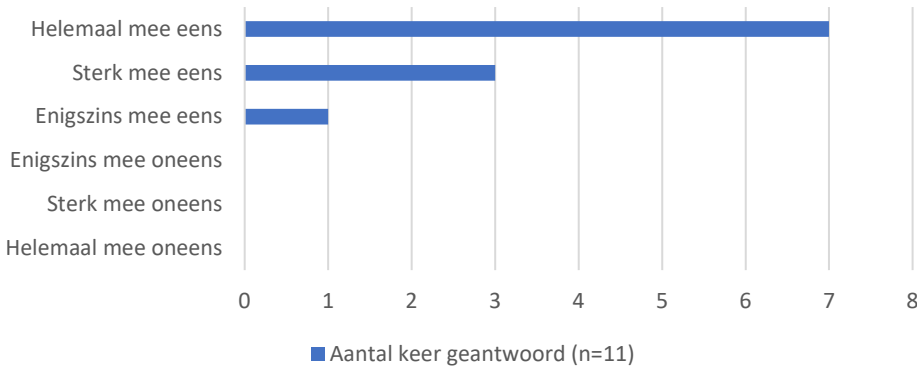
Een deelnemer gaf aan dat het gesprek te lang duurde, anderen vonden het niet langer duren dan een normaal gesprek. Een deelnemer gaf aan dat het gesprek te kort duurde en vond het leuk om te doen. Deelnemers gaven aan het overzichtelijk te vinden en leerzaam. Sommigen deden nieuwe inzichten op. Deelnemers gaven aan hun behoeftes duidelijk te kunnen maken en de belangrijkste aandachtspunten te hebben besproken. Een deelnemer gaf aan de taal een beetje ingewikkeld te vinden. Een andere deelnemer had behoefte aan een wat makkelijkere uitleg. Ook werd het voorstel gedaan voor een groter gespreksbord met andere kleuren.

### 8.3 Evaluatieformulieren begeleiders

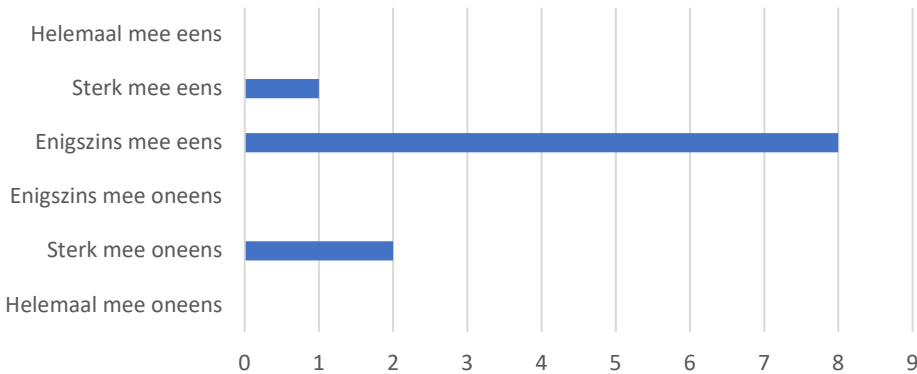
Het evaluatieformulier is ingevuld door 11 begeleiders. Hieronder wordt per vraag aangegeven hoeveel begeleiders kozen voor een bepaald antwoord. Er was ook ruimte voor toelichting. Tijdens de focusgroepen is hier dieper op ingegaan. De kwalitatieve data vanuit de evaluatieformulieren en focusgroepen is daarom gezamenlijk samengevat in paragraaf 3.4.



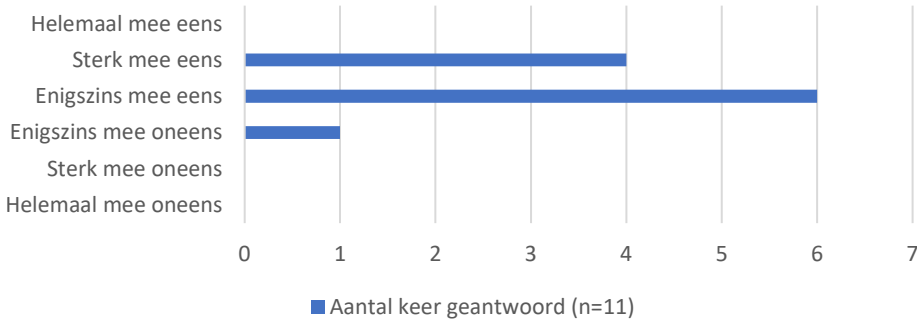
3. De thema's van het BeRK gesprek zijn relevant voor de dagelijkse begeleiding en bejegening van cliënten in de BW/MO.



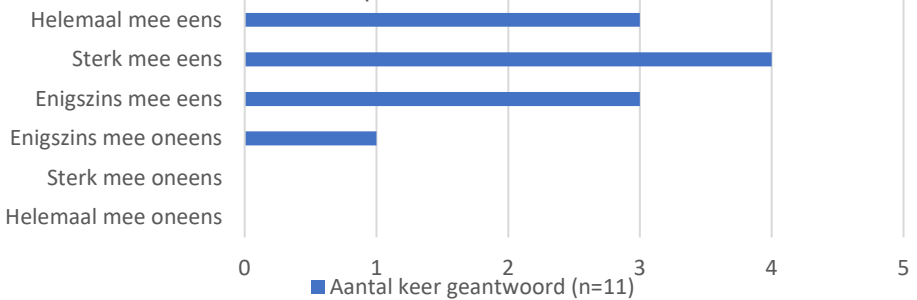
4. De tijdsinvestering die het voeren van het BeRK gesprek vraagt, is werkbaar in de dagelijkse begeleiding.



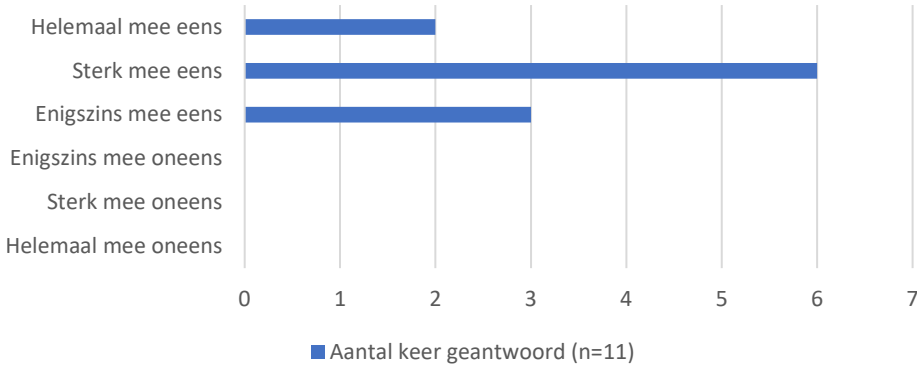
5. Het taalgebruik in de handleiding sluit aan bij het taalgebruik dat wordt gebruikt door begeleiders en cliënten in de dagelijkse begeleiding en is herkenbaar.



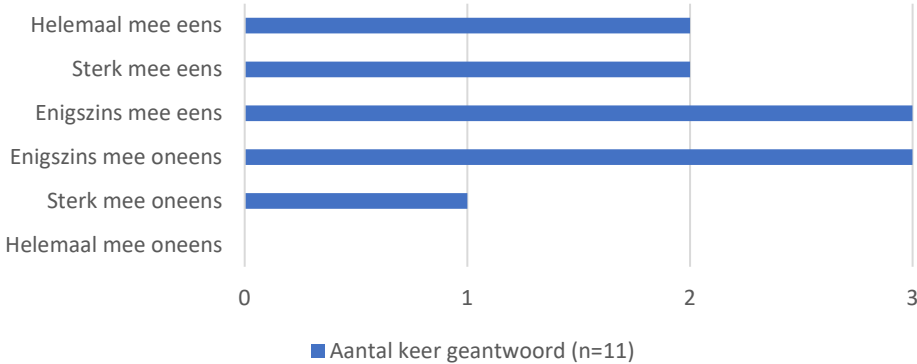
6. Het BeRK gesprek is in te zetten bij de diverse cliëntendoelgroepen die begeleiding ontvangen in de BW/MO. Denk hierbij aan cliënten met en zonder forensische achtergrond, verschillende intelligentieniveaus en de verschillende settingen (ambulant en be



7. Het BeRK gesprek stelt begeleiders en cliënten in staat om de relevante risico's, behoeften en krachten voor de cliënt boven te halen.



8. Het is voldoende duidelijk hoe je de uitkomsten van het BeRK gesprek vervolg geeft in de dagelijkse begeleiding.





### 8.4 Focusgroepen begeleiders

Er vonden twee focusgroepen plaats met negen begeleiders. De focusgroepen werden begeleid door de projectmedewerker en ondersteund door een van de projectleiders en een van de experts. Omdat sommige begeleiders om uitstel hadden gevraagd of wegens omstandigheden niet meer kon aansluiten bij een focusgroep is met hen op een later moment telefonisch gesproken. Hieronder volgt een samenvatting van de toelichting op de evaluatieformulieren en de besproken thema's.

#### *Meerwaarde van het BeRK gesprek*

De begeleiders vonden het BeRK gesprek een nuttig gesprek en deelnemers gaven aan het leuk te vinden om te doen. Begeleiders zagen overeenkomsten met de methodieken waarmee zij nu werken zoals SRH en Krachtwerk, waarbij BeRK wat meer verdieping gaf op

thema's zoals verslaving, seksualiteit en crimineel gedrag. Een van de begeleiders gaf aan het gesprek wel nuttig te vinden, maar niet heel anders dan een 'normaal' gesprek. Andere begeleiders gaven aan wel op nieuwe onderwerpen te zijn gekomen en de deelnemer beter te hebben leren kennen. Het BeRK gesprek beoogt om behoeften, risico's en krachten op te leveren en begeleiders gaven aan dat dit ook het geval was. Wel hebben sommige begeleiders behoefte aan meer handvatten hoe het gesprek vervolg krijgt in de begeleiding, bijvoorbeeld een tijdslijn voor de doelen of wat je vervolgens met de risico's gaat doen. Niet alle begeleiders herkenden dit, zij konden hiermee wel uit de voeten omdat in het gesprek al wordt gesproken over welke ondersteuning iemand nodig heeft en/of wat iemand zelf kan doen. Hiermee wordt er dus al gesproken over vervolgtacties.

Begeleiders hebben BeRK op verschillende momenten in een traject ingezet: aan het begin, met deelnemers die ze al een aantal jaar kennen en als evaluatiemoment om de begeleiding wel of niet te verlengen. Op alle drie deze momenten vonden de begeleiders het BeRK gesprek nuttig en leverde het nieuwe inzichten op. Wel vonden sommige begeleiders het 'een beetje gek' om alle thema's door te lopen wanneer je iemand al jaren kent, hoewel ook werd aangegeven dat het nieuwe informatie opleverde.

Sommige begeleiders hadden al wel een concreet beeld hoe zij de BeRK tool zouden kunnen integreren in hun dagelijkse praktijk. Zo gaf een van de begeleiders aan bij haar organisatie te werken met vier losse verplichte tools op het gebied van doelen formuleren, krachten bespreken, risico's inventariseren en een signaleringsplan opstellen. Het lijkt haar nuttig om het BeRK gesprek te voeren en vervolgens te gebruiken als input om al deze tools in te vullen. Het is een leuke manier om informatie te verzamelen, waarbij je dit echt in samenspraak met de deelnemer doet. Begeleiders gaven aan dat het voor hen belangrijk is dat de vertaalslag van BeRK naar hun systemen/tools efficiënt moet zijn, niet het gevoel hebben dat je dubbel werk moet doen. Begeleiders gaven aan dat het voor het gebruik van BeRK wel uitmaakt of je intramuraal of extramuraal werkt; intramuraal werd het als makkelijker ervaren omdat je daar je uren op een andere manier verantwoordt. Ambulant heb je soms maar 1 uur per week waarin ook al een hoop andere acties uitgevoerd moeten worden, in zo'n geval vraagt BeRK veel tijd en was het lastig om hier een goed moment voor te vinden

Het was nuttig, kwam door de kaarten visueel over. Goede gesprekken.

Je krijgt andere gesprekken als je een thema kiest wat niet heel veel besproken wordt, je leert nieuwe dingen over cliënten die je al 3 jaar begeleid, maar de meer gangbare thema's daar komt dan ook wel uit wat ook in begeleidingsplannen staat.

### *Het kaartensysteem en de gespreksthema's*

Begeleiders vonden het werken met de kaarten een goede manier om het gesprek aan te gaan. Ze vonden het visuele aspect van het BeRK gesprek prettig. Er waren ook begeleiders die het gesprek voerden met een deelnemer met een licht verstandelijke beperking. Het werken met de kaartjes hielp hierbij om het overzicht en de concentratie te behouden en hiermee onderscheidt BeRK zich volgens hen van andere tools. Bij het eerste gesprek werd het kaartensysteem soms wat lastig gevonden, maar begeleiders die het gesprek vaker voerden merkten ze dat het ze na de eerste keer al beter afging.

De meeste begeleiders hadden de gesprekskaarten gespreid over de tafel en lieten deelnemers op dat moment kaarten kiezen en kozen er daarna zelf een. Ze konden zo ook bespreekbaar maken waarom een deelnemer een bepaald thema juist niet koos. Begeleiders waren verrast dat deelnemers uit zichzelf ook kaarten zoals agressie en seksualiteit kozen. Begeleiders vonden het mooi dat deelnemers zien dat ze het over bepaalde onderwerpen mogen hebben en tegelijkertijd 'dwingt' het begeleiders ook om over hun eigen ongemak heen te stappen en kunnen ze een onderwerp als seksualiteit nu niet vermijden. Zelfde als met het onderwerp suïcidale gedachtes, of het bespreekbaar maken van euthanasie.

Qua gespreksthema's hadden de begeleiders geen aanvullingen, de thema's werden volledig en toereikend gevonden. Vooral het bespreekbaar maken van seksualiteit en bij de doelgroep met een forensisch profiel het bespreken van crimineel gedrag werd hierbij als een aanwinst gezien ten opzichte van bestaande tools waar mee wordt gewerkt. Een begeleider gaf aan dat het lukte om door middel van het BeRK gesprek dieper in te gaan op een delict wat iemand had gepleegd en dat dit anders misschien moeilijker was geweest. Ook het thema 'slachtofferschap' leverde nieuwe informatie op. Bij het thema crimineel gedrag zou volgens begeleiders nog duidelijker mogen worden omschreven wat je precies bespreekt. Ook bij andere thema's hadden begeleiders het wel prettig gevonden als er meer voorbeelden werden gegeven over welke startvragen je bijvoorbeeld kunt stellen bij een thema. Gesprekken lopen niet altijd vanzelf even soepel, en dan zijn extra handvatten prettig. Ook was het voor deelnemers niet altijd duidelijk wat met de onderwerpen op de gesprekskaarten werd bedoeld, het werd ervaren als 'professionele taal'.

Een begeleider gaf aan graag een digitaliseringsslag van BeRK te zien. Zij vond het werken op papier niet prettig omdat je het later zelf in het systeem moet zetten. Andere begeleiders herkenden dit niet en vonden het van meerwaarde dat je de kaarten fysiek voor je hebt.



Als verbetering gaven de begeleiders mee dat het gespreksbord op groter formaat had gemogen. In de pilot hadden begeleiders een geplastificeerd A3 formaat gekregen maar dit bleek niet erg praktisch. Er werd voorgesteld om er bijvoorbeeld een uitvouwbaar papieren bord van te maken zodat je het makkelijk kunt meenemen. Het gespreksbord zorgde volgens begeleiders voor een natuurlijk gesprek, waarbij je ook bespreekt wat je met de risico's en behoeften gaat doen. Een begeleider gaf aan dat het zorgde voor een dieper niveau in het gesprek. Een andere begeleider gaf aan dat wanneer er veel kaartjes worden ingevuld, het mogelijk wel wat onoverzichtelijk kan worden.

Er waren een aantal begeleiders die vanwege kleurenblindheid moeite hadden met het onderscheid tussen het blauw en het groen op het gespreksbord. Het werd belangrijk gevonden dat de kleuren duidelijker van elkaar te onderscheiden zijn. Wel vonden begeleiders het positief dat er niet is gekozen voor rood bij de behoeften/risico's omdat dit een negatieve lading en oordeel geeft.

Bij de keuzeopties op het gespreksbord werd een optie 'wil ik niks mee' gemist en een blokje waarmee je beslist wat je met bepaalde risico's gaat doen omdat niet elke deelnemer een signaleringsplan heeft of er niet altijd een doel van wil maken in het persoonlijk plan.

Over het vastleggen van het gesprek door middel van een foto hadden begeleiders wisselende meningen. Een aantal begeleiders stelde voor om een eindformulier op te stellen, bijvoorbeeld een Word document, waar je de behoeften, risico's en krachten op kunt samenvatten en dit kunt inscannen/uploaden. Andere begeleiders hadden juist geen behoefte aan een 'extra' stap en konden voldoende uit de voeten met de foto en aantekeningen die ze zelf bij het gesprek maakten. Je voert een gesprek, en legt vervolgens iets vast in het systeem. Het werd belangrijk gevonden dat de projectgroep nog doordenkt over de meest efficiënte manier van vastleggen.

Ja, voor de client is inzichtelijk welke onderwerpen er zijn. Ze kunnen zelf kiezen welke van toepassing zijn en welke ze willen bespreken.

Was even wennen, maar uiteindelijk ging het goed. Cliënt vond het prettig en sprak dit ook uit. Door het kaartensysteem maak je het visueel, dit is een meerwaarde en kan bijdragen aan een gesprek. Kleuren indd.

### *Risico-denken*

Begeleiders vonden dat BeRK duidelijke richtlijnen geeft op gebied van risico-inventarisatie. Een begeleider vond het niet heel verdiepend ten opzichte van hoe ze normaal werkt. Andere begeleiders herkenden dit niet en vonden juist dat BeRK de mogelijkheid biedt om dieper in te gaan op risico's en dit ook echt in samenspraak met de deelnemer te doen. Begeleiders vonden samen in gesprek gaan over risico's van meerwaarde in vergelijking met een vragenlijst. Ze merkten dat ook als je het in eerste instantie niet eens bent met elkaar, het gesprek helpt om elkaars perspectief te zien. Een begeleider vond dat het wel veel kan vragen van begeleiders om niet teveel 'mee te gaan' met een deelnemer en te durven benoemen wat je ziet. Andere begeleiders beamen dit, maar vonden dat BeRK juist de mogelijkheid biedt om deze verschillen in inzichten te bespreken. Het biedt transparantie over de (verschillende) perspectieven van begeleider en deelnemer. Een begeleider gaf aan dat een deelnemer hierdoor zijn perspectief veranderde en begreep waarom begeleider iets een risico vond dat aandacht nodig heeft.

Begeleiders vonden het BeRK gesprek 'opener en prettiger' dan risicotaxaties/inventarisaties waar momenteel mee wordt gewerkt omdat het niet alleen inzoomt op de risico's maar ook de krachten en behoeften bespreekt. Hierdoor is er een betere balans in het gesprek. De huidige tools werken vaak met scores of korte vragen, het zijn geen 'praatdocumenten' en komen door de focus op alleen de risico's de werkrelatie niet altijd ten goede. Bij BeRK werd dit anders ervaren. Dit werd als positief beschouwd. 'Er zijn veel verplichte tools, terwijl je juist present wilt zijn'.

Begeleiders gaven aan dat BeRK een brede inventarisatie is waarmee je andere formulieren kunt invullen, waarmee een moeilijk, negatief en stigmatiserend gesprek wordt voorkomen.

Vanuit de MO vind ik de risico inventarisatie die er is vanuit de organisatie niet werkbaar. BeRK vind ik daarom een werkbare tool om dit wel te bespreken.

het gaf wat inzicht, en mogelijkheid om erover te praten. Maar ook hierbij (sorry!) niet veel extra verdieping dan de formulieren die wij al gebruiken hierbij.

Ik vond dat er genoeg ruimte werd gecreëerd tijdens het gesprek om de risico's goed kenbaar te maken en te bespreken. Het ging op een natuurlijkere manier dan als ik onze "risicotaxatie" tool invul (met of zonder cliënt erbij).

### *BeRK als standaard onderdeel van de begeleiding*

Begeleiders gaven aan dat zij BeRK zouden willen gebruiken in hun begeleiding. Maar hier zijn wel een aantal randvoorwaarden voor nodig vanuit de organisatie maar ook financiers. Financiers zoals de WMO hebben vaak strakke kaders hoe doelen opgesteld moeten worden en geven zelf ook bij de indicatie aan, aan welke doelen er gewerkt moet worden. Dit kan per gemeente verschillen. Daarnaast kost het tijd, voor de begeleider maar ook voor de deelnemer. Het vraagt wat van iemand om te midden van je eigen situatie zo'n uitgebreid gesprek te voeren. Mogelijk zal niet iedereen hiervoor open staat. Tegelijkertijd merkten de begeleiders wel dat het wat oplevert en dat je hoe dan ook tijd investeert in het leren kennen van iemand. Ze vinden BeRK daar een mooie tool voor. Begeleiders denken dat voor daadwerkelijke toepassing van BeRK, het mogelijk andere tools zou moeten vervangen omdat het erg veel wordt, en bij BeRK 'zit alles erin'. En dat goed duidelijk moet zijn waarom je BeRK zou gebruiken en niet iets anders. Ook moet het voldoende gebruiksvriendelijk zijn en goed passen in de digitale systemen die worden gebruikt.

Tijd ;- ) Het vraagt om een andere manier van werken en een andere manier van het invullen van een plan. Dit zal vanuit de organisatie en op de werkvloer besproken moeten worden.

- uitleg waarom BeRK en niet wat anders- koppeling in de systemen, dat het eenvoudig overgenomen kan worden en aansluit bij de al bestaande dingen- geen dubbele formulieren meer in moeten vullen. Dus bv dit ipv dat, of dit als praktijk op fare.

## 8.5 Conclusie pilot

Over het algemeen werd de BeRK tool positief ontvangen door begeleiders en deelnemers. Over de tijdsbesteding zijn de meningen wisselend: begeleiders vinden het vaker (te)veel tijd kosten dan de deelnemer. Mogelijk was het extra tijdsintensief omdat het nog nieuw is.

Na de pilot werd duidelijk dat er een aantal aanpassingen in de handleiding nodig zijn ter verbetering van de tool.

- Het diende duidelijker te worden gemaakt hoe de inventarisatie vanuit het BeRK gesprek een vervolg krijgt in de begeleiding.
- Het werd helpend gevonden als er bij de gespreksthema's suggesties zouden worden gegeven voor een startvraag.

- Het kaartensysteem werd werkbaar en van meerwaarde gevonden, maar in verband met het digitale werken werd geadviseerd ook na te denken over een digitale optie en het op een andere manier vastleggen van de resultaten, bijvoorbeeld middels een optioneel werkblad.
- Het werd belangrijk gevonden het kleurenpalet op het gespreksbord aan te passen voor begeleiders en deelnemers die te maken hebben met kleurenblindheid.

De meeste mensen met kleurenblindheid verwarren rood en groen of geel en blauw (Oogfonds, z.d.). Enkele respondenten uit de pilot hadden moeite om het blauw en groen te onderscheiden. Er zijn verschillende combinaties die problematisch kunnen zijn: rood/groen/bruin/oranje, roze/grijs, grijs/bruin, blauw/paars. Blauw/bruin is een voorbeeld van een palet dat geschikt is voor kleurenblinden (Tableau, z.d.). Daarom is gekozen voor deze combinatie.

## 9. Fase 4 Vormgeving eindproduct en oplevering

### 9.1 Klankbordbijeenkomst 3

Tijdens de derde en laatste klankbordgroepbijeenkomst werden de resultaten van de pilot gepresenteerd en werd gebrainstormd over implementatie. Centraal hierbij stond de vraag wat BW/MO organisaties en de begeleiders nodig hebben voor een succesvolle implementatie van het BeRK gesprek. De besproken thema's worden hieronder toegelicht.

#### *Draagvlak*

Het is belangrijk om goed kijken naar wat een geschikt moment is voor implementatie per organisatie. Bij een van de organisaties gaat bijvoorbeeld gewerkt worden met een nieuw elektronisch dossier vanaf 2023, dat heeft een enorme impact op de organisatie. Hoe enthousiast een organisatie ook is, timing is cruciaal en het moet niet teveel worden. Goede planning is hierbij noodzakelijk.

Er werd geadviseerd om nieuwe, kleinere zorgaanbieders op te zoeken en hun interesse in BeRK te polsen. Er zijn nu een aantal startende partijen binnen forensisch beschermd wonen die nog zoekende zijn naar hun manier van werken en nog niet altijd vaststaande methodieken en tools hebben. Die groep zou baat kunnen hebben bij een nieuwe tool als BeRK. Als kleine partijen enthousiast zijn kan dat ook helpen in de verdere uitrol. Kanttekening die hierbij werd geplaatst is om daarmee te wachten tot de aanbesteding rond is in mei 2023 om te zien wie van de kleine partijen er gecontracteerd worden.

Het blijft belangrijk dat het een eigen keuze is van de BW/MO organisaties om met BeRK te gaan werken en dat het niet wordt opgelegd. Dat heeft vaak een averechts effect. Vanuit de pilot kunnen ambassadeurs worden ingezet binnen de eigen organisaties. Daarbij is het belangrijk om te inventariseren bij welke teams de tool goed zou passen binnen de organisatie, op wat kleinere schaal. Welk team/welke doelgroep is daar nu aan toe.

#### *Training*

De handleiding werd goed en volledig gevonden, maar ook omvangrijk. Mogelijk haken begeleiders af bij het zien van zo'n dikke handleiding. Kanttekening: als de handleiding wordt ingekort, hoe zorg je dan voor volledigheid en dat iedereen het op dezelfde manier blijft gebruiken?

Er werd geadviseerd om te onderzoeken of de BeRK training binnen bestaand trainingsaanbod van organisaties kan worden gehangen. BeRK geeft ook uitleg over herstelgericht werken, krachtgericht werken en motiverende gespreksvoering en daar worden begeleiders vaak al in getraind. Het zou praktisch kunnen zijn als bij een bestaande training er een blok over BeRK aan wordt toegevoegd. Dat is een stuk efficiënter en zo wordt wel alle benodigde theorie toegelicht. Het kan dan een aanvulling worden op een bestaande training, dan krijgen sowieso alle nieuwe medewerkers het mee en bestaande medewerkers kun je 'opfrissen'.

Er werd een web-based training voorgesteld. Dat is een filmpje waarop stap voor stap wordt voorgedaan hoe je de tool gebruikt/invult. Het scheelt soms voor mensen als ze niet alles hoeven te lezen en ze kunnen gelijk aan de slag. Dan maken mensen het zich sneller eigen.

#### *Landelijke richtlijnen*

De klankbordgroep adviseerde om de BeRK tool langs de landelijke richtlijnen te leggen, zoals de Inspectie en het Kwaliteitskader Forensische zorg. Als de tool voldoet aan deze eisen dan zou het mogelijk andere tools kunnen vervangen.

Wat betreft vastleggen van het BeRK gesprek en borging van de resultaten kan dit verschillen per organisatie en ook per regio omdat bijvoorbeeld de WMO overal andere eisen heeft over wat zij willen zien in een begeleidingsplan. Dat maakt het ingewikkeld, om het voor alle organisaties voor de verantwoording naar financiers passend te maken. Er zou optioneel een samenvattingsblad opgesteld kunnen worden waarop de geïnventariseerde behoeften, risico's en krachten worden opgeschreven. Organisaties kunnen dan zelf kijken of dit aanvullend gebruikt moet worden, of dat begeleiders de resultaten zelf vertalen naar hun systemen.

#### *Bekendheid*

De klankbordgroep achtte het helpend om alvast bekendheid te geven aan de BW/MO sector over de ontwikkeling van BeRK. Bijvoorbeeld door een presentatie te geven op de Dag van de Forensische Zorg in 2023. Ook werd geadviseerd dat KFZ en het EFP alvast wat delen over BeRK op LinkedIn. Social media kan helpen om BW/MO organisaties te enthousiasmeren. Hiertoe verzorgde projectgroep in januari 2023 een online lunchlezing over BeRK vanuit het EFP voor BW/MO organisaties.

Ook bekendheid geven bij de branche organisaties is belangrijk. Hiertoe verzorgde de projectgroep in januari 2023 een presentatie voor het onderzoeksnetwerk van Kenniscentrum Phrenos waar ook Valente en verschillende BW/MO organisaties voor werden uitgenodigd.

#### *Praktisch*

De klankbordgroep adviseerde dat de BeRK tool niet nog bovenop alles wat al wordt gedaan komt maar dat het goed is om te onderzoeken of het bestaande tools kan vervangen. Het werd belangrijk gevonden dat wordt ervaren dat het werken met de tool tijd kan opleveren in plaats van dat het tijd kost. Als begeleiders maar een tool eigen hoeven te maken is dat een voordeel. Dit helpt ook in het creëren van draagvlak. Voor interne jobcoaches kan zo'n ingevulde BeRK tool ook handig zijn. Het helpt dan ook intern in de organisatie, je kunt het resultaat inzetten in andere aspecten van de begeleiding.

Het is belangrijk dat er bij de implementatie per organisatie wordt gekeken naar de koppeling met de systemen en deelnemersdossiers en hoe BeRK daarbij op de meest efficiënte manier kan worden ingevuld (bijvoorbeeld online of op papier).

## 9.2 Expertconsulten

Tijdens de laatste gezamenlijke expertmeeting tussen de experts en de projectgroep werden de resultaten van de pilot en de klankbordgroepbijeenkomst gepresenteerd en om reflectie gevraagd op de voorgenomen aanpassingen. Van tevoren werd de pilothandleiding gedeeld met de experts zodat daar schriftelijk feedback op kon worden gegeven voor de doorontwikkeling.

Tijdens de expertmeeting is op onderstaande thema's geadviseerd.

### *Tijdsinvestering BeRK gesprek*

Het voeren van het BeRK gesprek kost tijd, zeker wanneer alle elf de gespreksthema's aan bod moeten komen. Hoewel de thema's grotendeels overeenkomen met de leefgebieden waar de BW/MO dagelijks mee werkt, is het mogelijk niet voor elke setting relevant om het gehele BeRK gesprek te voeren. De experts adviseerden om met KFZ te bespreken in hoeverre hier keuzevrijheid in wordt gegeven in de instructie.

Wanneer de BeRK tool andere tools vervangt, hoeft het geen extra tijdsinvestering te zijn. Wanneer voldoende duidelijke wordt gemaakt hoe begeleiders de resultaten kunnen vertalen naar het plan van de deelnemer kan hier juist tijdswinst zitten. In het BeRK gesprek zelf kan veel informatie opgehaald worden die ook efficiënt benut zou kunnen worden bij het invullen van andere tools (dus ook als andere tools niet vervangen worden is het niet geheel dubbel werk). Per setting zal voor de implementatie uitgezocht moeten worden in hoeverre het vervangen van of aanvullen op nu al gebruikte tools wenselijk en haalbaar is.

### *Aanpassingen handleiding*

Er is aan de experts gevraagd te adviseren op de punten die uit de pilot en klankbordgroep naar voren kwamen.

- Er is duidelijkere instructie nodig hoe begeleiders het BeRK gesprek moeten vertalen naar het plan van de deelnemer. De instructie stopt nu te abrupt na het figuur met het gespreksbord.
- De experts adviseerden de handleiding niet in te korten. Er kan wel met KFZ worden besproken of de bijlage verplaatst kan worden naar de Eindrapportage in de onderbouwing.
- Wat betreft het vastleggen van BeRK door middel van een foto adviseerden de experts een format te maken in PowerPoint waar je na het gesprek de resultaten kunt vastleggen en in kunt schuiven, dat is praktischer dan een foto omdat je met het bespreken van meerdere thema's ook meerdere foto's nodig hebt en dat is niet handig. Ook AVG technisch mogelijk niet de beste optie. Dit wordt overlegd met KFZ. Het uitgangspunt is dat er uniformiteit komt in hoe de 'eindconclusies' uit de BeRK vastgelegd worden.
- Ondanks dat vanwege het digitale werken het kaartensysteem niet direct overal aansluit op de huidige werkwijze, werd in de focusgroepen wel aangegeven dat het helpend was voor een goed gesprek en in contact zijn, het visuele aspect werd erg positief gevonden dus dit moet er volgens de experts wel in blijven. Echter, mogelijk kan ook een digitaal alternatief toegevoegd worden voor begeleiders die met name digitaal met hun deelnemers werken.

- Niet iedere begeleider had behoefte aan extra werkblad waar je de resultaten van BeRK in samenvat, anderen misten deze optie wel. De experts adviseerden om een optioneel werkblad te maken als laatste stap, waar de behoeften, risico's en krachten per thema worden samengevat.
- Wat betreft de vraag of er wel of geen extra voorbeelden gegeven moeten worden bij de gespreksthema's was het advies om met de ervaringsdeskundigen per thema een suggestie voor een startvraag te formuleren. De handleiding bevat in principe voldoende voorbeelden, het gaat vooral om hoe je een thema aansnijdt.
- De lay-out mag toegankelijker en overzichtelijker, dan lijkt het ook minder uitgebreid als hij logischer is ingedeeld. Bijvoorbeeld gekleurde pagina's tussen de verschillende onderdelen, tabbladen, een kleurtje bovenaan de pagina waar een nieuw onderdeel begint. En elk gespreksthema op een nieuwe bladzijde. Met KFZ wordt besproken of er na oplevering een vormgever met de handleiding aan de slag gaat en of het gedrukt gaat worden of digitaal aangeboden.

#### *Implementatie adviezen van de experts aan KFZ*

- Mogelijkheden verkenningsscall onderzoeken met projectgroep, dit kan helpend zijn om te inventariseren waar je gaat starten met de uitrol.
- Klein beginnen, bijvoorbeeld met een pilot bij 2 kleinere BW/MO organisaties die minder met verplichte systemen/formulieren werken en dan verder uitrollen als zij enthousiast zijn. In deze pilot zou BeRK dan mogelijk als enige tool kunnen worden ingezet in plaats van bovenop bestaande tools te gebruiken.

### 9.3 Sessie met ervaringsdeskundigen

Omdat uit de pilot naar voren kwam dat het taalgebruik en de woordkeuze op de gesprekskaarten extra aandacht verdiende is er een sessie georganiseerd met drie ervaringsdeskundigen. Hen is gevraagd te reflecteren op het woordgebruik op de gesprekskaarten. Ook hebben zij nagedacht over een startvraag per thema. Zij hebben vooral gelet op begrijpelijkheid van de woorden, destigmatisering en het aanpassen van woorden die mogelijk triggerend kunnen zijn voor deelnemers. Het woord 'trauma' is daarom bijvoorbeeld weggehaald van de gesprekskaart Slachtofferschap. Het is belangrijk dat begeleiders oog hebben voor trauma, maar niet iedere deelnemer is er al aan toe om een trauma ook als zodanig te benoemen. Dit kan confronterend zijn en mogelijk een averechts effect hebben. De gesprekskaart 'Crimineel gedrag' is aangepast naar 'Politie & Justitie' omdat dit minder oordelend klinkt. 'Psychische gezondheid' is aangepast naar 'Mentale gezondheid' omdat dit neutraler klinkt. Het thema 'Leefstijl & Zelfzorg' is aangepast naar 'Leefstijl' omdat dit woord reeds zelfzorg omvat. Het woord 'overgewicht' is op deze kaart vervangen door 'gewicht, beweging en voeding' en 'dagelijkse verzorging' naar 'zelfzorg' omdat dit onderwerp meer omvat dan enkel te zwaar zijn.

Zij adviseerden verder het woord 'gesprekskaart' niet letterlijk op de gesprekskaart te laten staan. Dit oogt minder formeel.



## 9.4 Evaluatiegesprek KFZ

De resultaten en voorgenomen aanpassingen na deze fase zijn besproken met KFZ in een voortgangsgesprek. KFZ kon zich vinden in de meeste aanpassingen en adviezen. Er zijn een aantal afspraken gemaakt voor de afronding. Ten aanzien van het beoogde implementatie advies over een extra pilot gaf KFZ aan niet voornemens te zijn een extra pilot te draaien. Wel zagen zij in deze eindrapportage graag adviezen terug ten aanzien van een implementatiestudie voor het gebruik van de BeRK tool bij verschillende BW/MO organisaties. Hierin dienden ook aanbevelingen ten aanzien van verdere vormgeving worden meegenomen.

Wat betreft de overweging om in de handleiding de optie aan te bieden om niet alle gespreksthema's te bespreken om zo de tijdsinvestering te verminderen, waren zowel de projectgroep als KFZ daar geen voorstander van. Het risico is dan te groot dat moeilijke onderwerpen alsnog vermeden worden. Wanneer een gespreksthema niet relevant is voor een deelnemer hoeft er ook niet uitgebreid bij stil te worden gestaan, maar dit dient wel voor alle thema's besproken te worden.

Om de handleiding handzamer te maken wordt Bijlage 1 uit de handleiding (over de basishouding en basisgespreksvaardigheden) in de Eindrapportage opgenomen bij het verkennend literatuuronderzoek. In de handleiding wordt hiernaar verwezen.

De bijlage uit de handleiding (de BeRK uitleg voor de deelnemer) was erg talig en lastig te begrijpen voor deelnemers met een lvb. De projectgroep nam contact op met de Stichting Verslavingsreclassering (SVG) die zich bezighoudt met taalgebruik bij deelnemers met een lvb, om advies te vragen zodat de uitleg kon worden herschreven. Het is belangrijk dat deelnemers zich wel serieus genomen voelen, het moest niet te simpel worden. Dit vraagt een goede balans. De bijlage is hierna herschreven door de organisatie Taal voor Allemaal.

KFZ stemde in met het maken van een (simpel vormgegeven) werkblad dat door begeleiders ingevuld kan worden om de inventarisatie van het BeRK gesprek vast te leggen, als tussenstap naar de verwerking ervan in het begeleidingsplan.

## 9.5 Vaststellen gespreksthema's

Voor het definitief vaststellen van de gespreksthema's werd nogmaals gecheckt welke leefgebieden er worden gehanteerd bij de in de BW/MO veelgebruikte methodieken IRB, SRH en Krachtwerk (Bijlage 4). Daarnaast werden nogmaals de data vanuit de feedbackronde en pilot doorgenomen om te checken of alle aanvullende input van begeleiders en deelnemers over de gespreksthema's in eerdere rondes is meegenomen. De bullets op de kaarten die eerder werden toegevoegd naast de resultaten van het systematische review waren bij het thema 'Leefstijl' de bullet 'zingeving' en bij het thema 'Geld en Administratie' de bullet 'schulden'. 'Zingeving' werd toegevoegd omdat dit onderwerp centraal staat in herstellmethodieken, maar nog niet duidelijk terugkwam in de resultaten het literatuuronderzoek. 'Schulden' werd toegevoegd omdat veel deelnemers in de BW/MO hier mee te maken hebben en schulden het risico op recidive verhogen (Van Beek et al., 2022). Dit onderwerp kwam niet specifiek terug in de resultaten van het literatuuronderzoek

maar is wel onderbouwd meegenomen in de discussie van het artikel. In deze fase waren geen verdere aanpassingen nodig en werden de gespreksthema's definitief gemaakt.

## 9.6 Conclusie

Na afronding van deze fase zagen de gesprekskaarten en het gespreksbord in hun eindvorm er als volgt uit:

Figuur 9 Definitieve gesprekskaarten

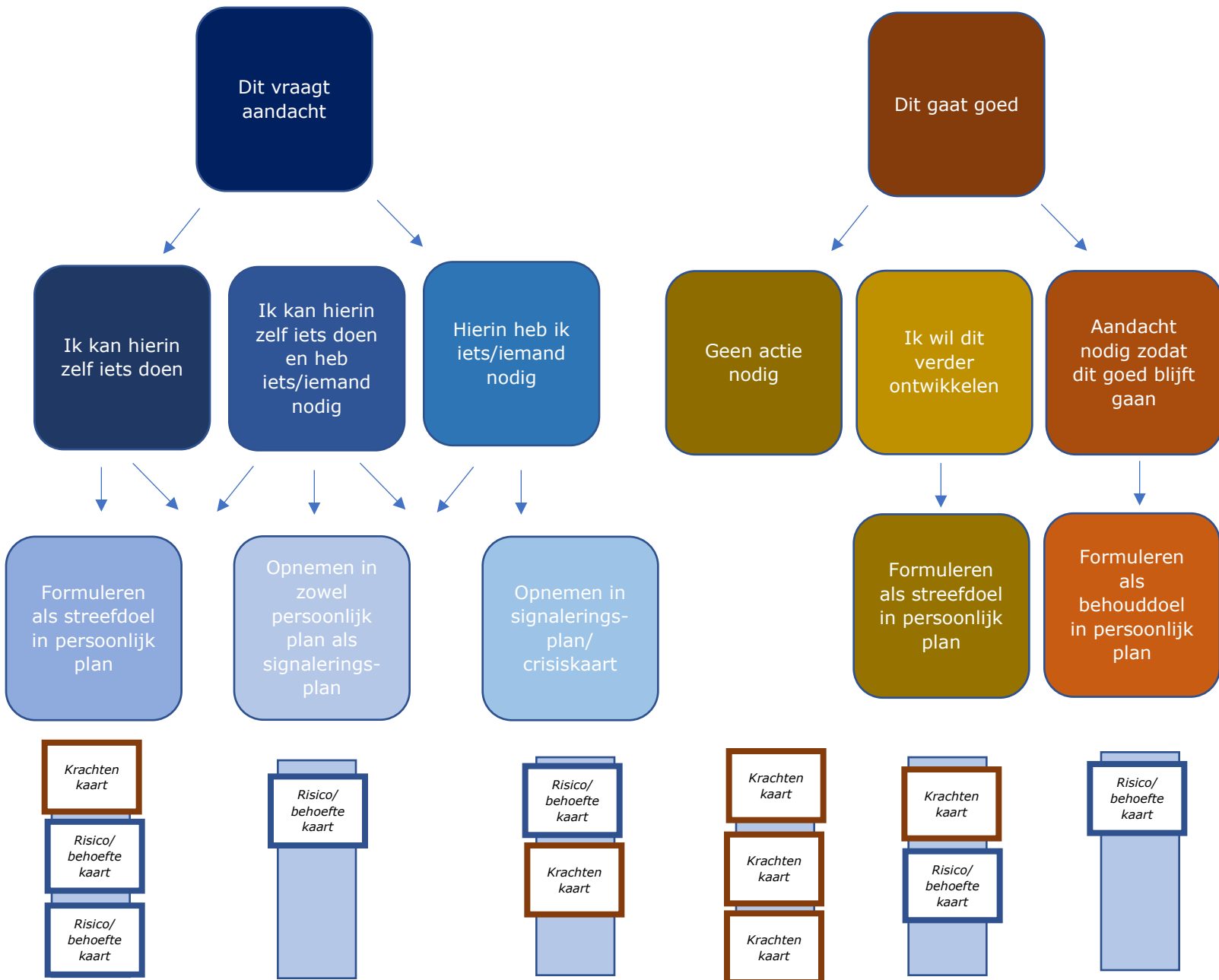
<p style="text-align: center;"><b>Wonen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Huidige woonsituatie</li> <li>• Wonen in de toekomst</li> <li>• Zorgen voor je huis</li> </ul> <p>-Voel je je op je plek thuis en in de wijk?*</p>	<p style="text-align: center;"><b>Relaties &amp; Seksualiteit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Familie en vrienden</li> <li>• Liefdesrelaties*</li> <li>• Overige sociale contacten*</li> <li>• Seksualiteit</li> </ul> <p>-Kun je iets vertellen over de mensen in jouw leven?*</p>
<p style="text-align: center;"><b>Leefstijl*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gewicht, beweging &amp; voeding*</li> <li>• Zelfzorg</li> <li>• Roken &amp; recreatieve middelen*</li> <li>• Zingeving &amp; geloofs-/levensovertuiging</li> </ul> <p>-Ben je tevreden over je leefgewoontes?*</p>	<p style="text-align: center;"><b>Slachtofferschap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slachtoffer zijn geweest van geweld of andere vormen van criminaliteit</li> <li>• Risico om (opnieuw) ergens slachtoffer van te worden</li> </ul> <p>-Ben je weleens in een situatie geweest waar in je je onveilig voelde? Heeft die situatie nog invloed op je?*</p>
<p style="text-align: center;"><b>Geld &amp; Administratie*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inkomsten, vaste lasten en andere uitgaven</li> <li>• Post en administratie</li> <li>• Schulden</li> </ul> <p>-Heb je het overzicht over je inkomsten en uitgaven?*</p>	<p style="text-align: center;"><b>Politie &amp; Justitie*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forensische titel</li> <li>• Contact met politie/justitie</li> <li>• Problemen die samenhangen met plegen van strafbare feiten</li> <li>• Risico op terugval</li> </ul> <p>-Ben je weleens in aanraking geweest met politie/justitie? Hoe kwam dat?*</p>
<p style="text-align: center;"><b>Dagritme, Scholing &amp; Werk*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dag- en nachtritme</li> <li>• (De stappen naar) werk/opleiding/dagbesteding*</li> <li>• Nakomen van afspraken</li> </ul> <p>-Kun je beschrijven hoe jouw week eruitziet?*</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gesprekskaart Agressie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysiek</li> <li>• Verbaal</li> <li>• Vernieling</li> </ul> <p>-Heb je weleens moeite om je boosheid te beheersen? Wat gebeurt er dan?*</p>
<p style="text-align: center;"><b>Mentale gezondheid*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentaal welzijn*</li> <li>• Omgaan met beperkingen</li> <li>• Zelfbeschadiging</li> <li>• Suïcidale gedachten</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Verslaving</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcohol</li> <li>• Drugs</li> <li>• Gokken</li> </ul>

-Hoe kunnen wij vanuit de begeleiding merken dat het niet goed met je gaat? Wat wil je dat we op zo'n moment doen?*	-Zijn er middelen of situaties waar je niet zonder wilt of kunt?*
<p style="text-align: center;"><b>Lichamelijke gezondheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lichamelijke klachten en ziekte*</li><li>• Pijn</li><li>• Gebit</li></ul> <p>-Hoe voel je je lichamenlijk? Ben je tevreden over je gezondheid?*</p>	

Aanpassingen gespreksbord:

- De kleuren zijn aangepast naar blauw en bruin.

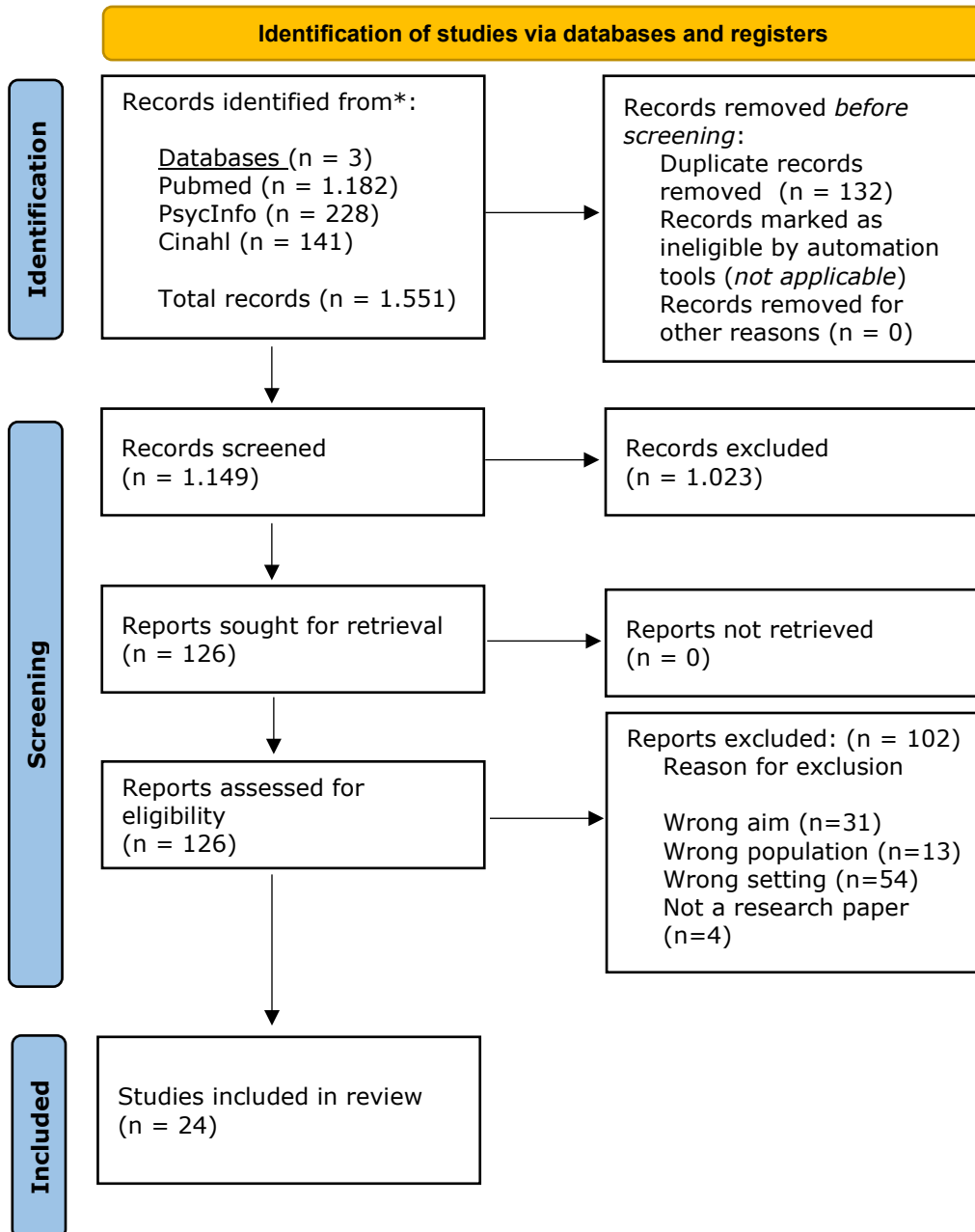
Figuur 10 Definitief gespreksbord



## 10. Resultaten Systematic review

In de onderstaande Prisma flow chart (Page et al., 2021) wordt weergegeven hoe het zoek- en selectieproces van het literatuuronderzoek naar prevalentie behoeften en risico's onder de BW/MO doelgroep.

Figuur 11 Prisma flow chart systematic review



Aan de hand van de 24 geïncludeerde papers zijn de elf gespreksthema's voor op de gesprekskaarten geformuleerd, met bijbehorende bullets die aangeven welke specifieke onderwerpen er binnen dit thema werden gevonden. Dit zijn de volgende elf thema's:

- Housing
- Lifestyle
- Employment, Education & Daily structure
- Finances & Administration
- Mental wellbeing
- Physical wellbeing
- Relationships & Sexuality
- Victimization
- Criminal behavior
- Aggression
- Addiction

De projectgroep schrijft een Engelstalig artikel over het systematic review welke wordt ingediend voor publicatie bij een open access internationaal wetenschappelijk tijdschrift. Wanneer deze is gepubliceerd is link hiervan te vinden op de website van KFZ<sup>11</sup>. In de BeRK handleiding staan deze thema's in het Nederlands uitgewerkt.

---

<sup>11</sup><https://kfz.nl/projecten/ontwikkeling-van-een-behoefte-en-risico-beoordelingstool-voor-de-bwmo>

## 11. Discussie

Tijdens dit project is het BeRK gesprek ontwikkeld vanuit de behoefte van de praktijk om herstel- en krachtgericht werken en risicobeheersing in de BW/MO met elkaar in balans te brengen en elkaar te laten versterken. Het is de eerste risico-inventarisatie tool die speciaal is ontwikkeld voor de setting van de BW/MO en waarbij de gespreksthema's zijn ondersteund met wetenschappelijke literatuur. BW/MO organisaties werken herstel- en krachtgericht. Hierbij gaan ze uit van de begeleidingsbehoeften die deelnemers op alle leefgebieden kunnen hebben. Daarbij worden ook de krachten geïnventariseerd. Scherpte op risico's en hierover in gesprek gaan met deelnemers blijft soms nog onderbelicht in de BW/MO. Herstel- en krachtgericht werken en het praten over risico's kan hand in hand gaan, elkaar aanvullen en versterken. Om begeleidingsbehoeften van BW/MO deelnemers volledig in beeld te brengen is meer aandacht voor risico's van belang. Risico's kunnen herstel in de weg staan. Zeker in de forensische zorg, brengt herstelondersteunend werken de onvermijdelijke spagaat met zich mee tussen risico's versus de herstelvisie. Het BeRK gesprek voegt daarom aan de bekende herstel- en krachtgerichte werkwijze het risico denken toe. Daarmee wordt het uiteindelijke begeleidingsplan vollediger.

In de pilot deden er uiteindelijk minder respondenten mee dan werd beoogd. Werkdruk op de werkvloer bij de BW/MO's speelde hier een grote rol bij. Het is belangrijk dit ook mee te nemen bij de implementatie. Hierom adviseert de projectgroep om op kleine schaal te starten en dit proces te volgen waarbij de belemmerende en bevorderende factoren in kaart worden gebracht om een brede implementatie mogelijk succesvoller te maken.

Een deel van de begeleiders gaf aan dat het BeRK gesprek veel tijd kost. Echter, dit is inherent aan het voeren van een kwalitatief goed gesprek tussen deelnemer en begeleider over behoeften, risico's en krachten. Een kort gesprek of een afvinklijst leidt niet tot een uitgebreide inventarisatie met waardevolle informatie die ondersteunend kan zijn in een begeleidingstraject.

### *Koppeling met andere KFZ projecten*

In februari 2023 werd het KFZ project 'Behandelen van vrouwen in de klinische forensische zorg' opgeleverd (De Vogel et al., 2023). Hoewel de opgeleverde handreiking gericht is op de klinische sector, bevat deze adviezen over gendersensitief (bewust zijn van verschillen) en genderresponsief (rekening houden met genderverschillen) bejegenen die mogelijk ook relevant kunnen zijn om te benoemen tijdens de BeRK training.

Er wordt beschreven in de handreiking dat de meeste risicotaxatie instrumenten niet gericht zijn op vrouwen en dat het belangrijk is daar bewust van te zijn. De volgende tips worden gegeven (De Vogel et al., 2023).

Figuur 12 Algemene uitgangspunten en aanbevelingen responsief werken (De Vogel et al., 2023)

**Box 2. Algemene uitgangspunten en aanbevelingen gender-responsief werken**

### Algemene uitgangspunten en aanbevelingen gender-responsief werken

**Basis**

- *Trauma-informed care* is de basis: 1) veiligheid; 2) betrouwbaarheid; 3) keuzevrijheid; 4) samenwerking; 5) *empowerment*.
- Relatoneel werken en relationele veiligheid zijn de norm.

**Klimaat / bejegening**

- Biedt een veilige omgeving en duidelijke structuur.
- Benader patiënten op een respectvolle manier.
- Betrek vrouwen expliciet in hun veranderingsproces.
- Geef vrouwen zoveel mogelijk autonomie.

**Behandeling**

- Maak zoveel mogelijk gebruik van gendersensitieve risicotaxatie / diagnostische instrumenten.
- Maak zoveel mogelijk gebruik van bewezen gender-responsieve behandelprogramma's.
- Houdt in het behandel aanbod zoveel mogelijk rekening met specifieke kenmerken van vrouwen (o.a. de vorm en de doelen van traumabehandeling).
- Leg de nadruk op het (ontwikkelen van) beschermende factoren.
- Faciliteer indien gewenst en mogelijk contact met kind(eren) en biedt hierin ondersteuning:
  - Versterk opvoedvaardigheden indien nodig of gewenst;
  - Onderzoek of er mogelijke risico's bestaan aan het contact met kinderen (bijvoorbeeld in geval van huiselijk geweld, delicten waarbij kinderen slachtoffer waren).
- Heb specifieke aandacht voor:
  - *Fysieke gezondheid* (met name overgewicht, problemen met slapen); breng mogelijke problemen in kaart met somatische diagnostiek en heb aandacht voor preventie en leefstijl.
  - *Zelfbeschadigend gedrag*: onderzoek de functie van dit gedrag en wat mogelijkheden zijn om het te stoppen of verminderen. Houdt rekening met – en voorkom mogelijk 'kopieergedrag'; andere patiënten kunnen door het zien of horen over zelfbeschadigend gedrag dit zelf ook gaan doen.
  - *Sociale en intieme relaties*: relaties zijn van groot belang en kunnen zowel een beschermende factor zijn, maar ook een risicofactor / bron van stress.

**Organisaties**

- Houdt rekening met specifieke benodigde vaardigheden voor professionals in het werken met vrouwen in de klinische forensische zorg (o.a. affiniteit doelgroep, goed hun grenzen kunnen aangeven, respectvolle houding) en selecteer professionals hierop.
- Erken dat het werken met vrouwen als anders en door sommigen als complexer en meer uitputtend wordt ervaren en biedt voldoende ondersteuning voor professionals. Voor mannelijke professionals kan het bijvoorbeeld lastig zijn omdat ze soms vrezend valse beschuldigd te worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag.
- Ontwikkel helder beleid over het behandelen van vrouwen (in een gemengde instelling) wat voor iedereen makkelijk toegankelijk is en steeds aangepast wordt indien nodig of gewenst.
- Biedt kennis over gender(verschillen).
- Biedt (blended) training en ondersteuning in het omgaan met zelfbeschadigend gedrag. Belangrijk hierin is meer inzicht bieden over de aard en functie (emotieregulatie lijkt de meest voorkomende functie) van dergelijk gedrag.
- Biedt training in het herkennen en omgaan met manipulatief gedrag.

De volledige handreiking, het rapport en de factsheet zijn te vinden op de website van KFZ<sup>12</sup>.

<sup>12</sup><https://kfz.nl/projecten/behandelen-van-vrouwen-in-forensische-klinische-zorg-een-vak-apart-het-ontwikkelen-van-richtlijnen-voor-de-behandeling-van-vrouwen-in-de-forensische-klinische-zorg>.



Op gebied van risico's is in 2022 vanuit het EFP de tool Samenwerkingsafspraken opgeleverd die BW/MO organisaties helpt om samen met forensische ketenpartners en de deelnemers gezamenlijke afspraken en verantwoordelijkheden vast te leggen. Deze tool is ontwikkeld in samenwerking met Valente, de drie Reclaseringsorganisaties en BW/MO organisaties. Met deze tool wordt bij de start van een BW/MO traject samen met de Reclassering en deelnemer vastgelegd welke afspraken er worden gemaakt ten aanzien van het traject. Deze tool is te vinden op de website van het EFP<sup>13</sup>.

#### *Landelijke richtlijnen rondom BW/MO zorg*

Er zijn landelijke richtlijnen voor zorg aan deelnemers. Belangrijke kaders hiervoor waar BW/MO organisaties mee werken zijn het onlangs gelanceerde Kwaliteitskader Forensische zorg (Ministerie van Justitie & Veiligheid, 2022) met daarop aansluitend de Doorontwikkelagenda (Ministerie van Justitie & Veiligheid, 2022) en het Toetsingskader ggz (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2022) Het is voor BW/MO organisaties van meerwaarde wanneer de BeRK tool voldoet aan deze richtlijnen.

In het Kwaliteitskader Forensische zorg wordt het volgende gezegd met betrekking tot behoeften, risico's en krachten:

Tabel 2 Behoeften, risico's en krachten in het Kwaliteitskader Forensische zorg (Ministerie van Justitie & Veiligheid, 2022)

<p>De behandeling/begeleiding is primair gericht op reductie van recidiverisico.</p> <p>i) Binnen de klinische en ambulante behandel setting wordt gewerkt met een model gericht op recidivereductie, zoals bijvoorbeeld het Risk-Need-Responsivity (RNR) principe. Daarnaast wordt hierbij gebruik gemaakt van principes van kracht- en herstelgerichte zorg.</p> <p>ii) Voor alle ambulante begeleiding en alle verblijfszorg (begeleid wonen) wordt in ieder geval gebruik gemaakt van principes van kracht- en herstelgerichte zorg, waarbij begeleiders de risicofactoren betrekken in hun begeleiding.</p>
<p>De patiënt/cliënt heeft (naar vermogen en rekening houdend met eventuele (verstandelijke) beperkingen) een actieve inbreng en eigen verantwoordelijkheid bij het opstellen en uitvoeren van het behandelplan/begeleidingsplan en het behalen van afgesproken doelen. De organisatie stimuleert dit, onder andere door patiënt/cliënt goed te informeren.</p>
<p>Voor iedere patiënt/cliënt wordt een risicotaxatie uitgevoerd middels een erkend instrument. Op basis van de uitkomsten wordt, waar geïndiceerd of waar nodig, een (vroeg) signaleringsplan opgesteld. Risicotaxatie en een signaleringsplan (en waar van toepassing een terugvalpreventieplan) vormen een integraal onderdeel van het behandelplan/begeleidingsplan. Onder een erkend instrument wordt verstaan een binnen de branche en beroepsverenigingen afgesproken werkwijze, al dan niet gedeponneerd bij een officiële instantie zoals bijvoorbeeld het ZINL.</p>
<p>a. Het behandelplan/begeleidingsplan wordt multidisciplinair en zoveel mogelijk in samenspraak met de patiënt/cliënt en waar mogelijk reclassering opgesteld, geëvalueerd en bijgesteld. Het behandelplan/begeleidingsplan is een dynamisch document dat wordt</p>

<sup>13</sup><https://efp.nl/publicaties/tool-samenwerkingsafspraken>.

bijgesteld wanneer dat nodig is. Minimaal halfjaarlijks wordt het plan volledig geëvalueerd en waar nodig bijgesteld. Dit gebeurt vaker wanneer de situatie daarom vraagt. Indien de vervolgorrganisatie al in beeld is sluit deze aan bij deze besprekingen.

b. Met het opstellen van het behandelplan/begeleidingsplan wordt zo snel mogelijk gestart na het eerste contact met de patiënt/cliënt. Een eerste definitieve versie van het behandelplan/ begeleidingsplan wordt afgerond na de observatieperiode/kennismakingsperiode en is bij voorkeur binnen zes weken en uiterlijk binnen drie maanden na intake gereed. Wanneer nog niet alle informatie compleet is, is in het plan opgenomen hoe hiertoe te komen en wordt aanvullende informatie op een later moment aan het dynamische document toegevoegd.

c. De eerste definitieve versie van het behandelplan/begeleidingsplan wordt opgesteld op basis van delictanalyse (indien beschikbaar), de risicotaxatie (indien beschikbaar), de beschermende factoren, de eisen van de rechter/reclassering en stoornis-specifieke diagnostiek. Daarnaast is het behandelplan/begeleidingsplan afgestemd op iemands persoonlijke behoeften, krachten, kwetsbaarheden, wensen en voorkeuren.

d. Het behandelplan/begeleidingsplan bevat (SMART) doelen met helder beschreven doorlooptijden, waaronder het beoogde einddoel. Deze zijn te allen tijde transparant voor de patiënt/ cliënt. De professional en de patiënt/cliënt zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het halen van de doelen en de doorlooptijden.

e. Professionals sluiten in het behandelplan/begeleidingsplan aan bij de belevingswereld binnen de sociale context en vaardigheden van de patiënt/cliënt. Van belang is dat de patiënt/cliënt zo veel mogelijk geïnformeerd is over waar hij/zij aan toe is, ook als het plan nog opgesteld wordt of nog niet volledig is. De betrokken professionals en de patiënt/cliënt spreken af welke professional het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt en wie de patiënt/cliënt dus ook informeert.

In de doorontwikkelagenda van het Kwaliteitskader Forensische Zorg staat als vervolg op de uitwerking van het Kwaliteitskader de ontwikkeling van de BeRK tool beschreven onder Pijler 1 (veiligheid en persoonsgerichte zorg):

*"Programma voor de sector 1.1:*

*De sector ontwikkelt risicotaxatie-instrumenten waar deze nog niet beschikbaar zijn voor de verschillende settings (zie kwaliteitsaspect 2). Vormgeven aan risicomangement in behandeling/begeleiding is een belangrijk onderdeel binnen de FZ. Om risico's en beschermende factoren in beeld te brengen worden risicotaxatie instrumenten/tools gebruikt. Op dit moment zijn instrumenten/tools beschikbaar voor de klinische setting (de HCR-20V3 en/of de HKT-R en/of FAM voor het voorspellen van recidive voor geweldsdelicten), de ambulante behandelsetting (de FARE), voor huiselijk geweld (de B-SAFER), voor staking (de SRP) en voor seksueel grensoverschrijdend gedrag (de Static Stable Acute). Ook is de SAPROF beschikbaar voor het in kaart brengen van beschermende factoren, deze is toepasbaar binnen alle settings en heeft overlap met de overige taxatie instrumenten. Instrumenten/tools voor de risicotaxatie/beoordeling ontbreken voor de verblijfsetting en voor specifieke doelgroepen.*

*Aansluiten / onderbrengen bij lopende trajecten: Per 1 oktober 2021 is een call gestart voor de ontwikkeling van een risicobeoordelingstool voor BW/MO (callnummer: 2021-1387 ). Deze 'tool' wordt ontwikkeld voor alle patiënten/cliënten in de BW/MO, dus forensische, niet-forensische en ook patiënten/cliënten met LVB. De insteek die is gekozen bij de*

*ontwikkeling van de tool is dat het medewerkers binnen de forensische verblijfssetting (BW/MO) meer risicobewust maakt en dat het een laagdrempelige tool is om in te zetten. Hiermee is het een andersoortige tool dan de risicotaxatie-instrumenten die bekend zijn vanuit bijvoorbeeld de klinische setting. Met de inzet van de risicobeoordelingstool die ontwikkeld wordt vanuit call 2021- 138, voldoen aanbieders van forensische verblijfszorg aan kwaliteitsaspecten 1a ii en 2 uit pijler 1 van het Kwaliteitskader FZ. De focusgroep vindt het belangrijk dat dit, bij oplevering van de risicobeoordelingstool voor BW/MO ook als zodanig wordt gecommuniceerd naar het veld. Daarbij is het belangrijk dat de betrokken branche- en beroepsvereniging(en) ook afspreken dat dit de afgesproken werkwijze is (hiermee wordt het een erkend instrument volgens de definitie van het Kwaliteitskader FZ – zie kwaliteitsaspect 2 en voetnoot 23 in pijler 1).” (Ministerie van Justitie en Veiligheid, 2022).*

In het Toetsingskader ggz wordt het volgende gezegd met betrekking tot behoeften, risico's, en krachten.

Tabel 3 Behoeften, risico's en krachten in het Toetsingskader ggz (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2022)

<p>Norm: Zorgverleners kennen de cliënt, zijn wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen en sluiten hierop aan met de verleende behandeling.</p> <p>Wat toetst de inspectie: De inspectie toetst of de verleende behandeling zoveel mogelijk bestaat uit bewezen effectieve interventies of, indien niet aanwezig, uit 'practice based'. (symptomatisch herstel) De inspectie toetst of zorgverleners aandacht hebben voor betekenisgeving van het eigen levensverhaal, zingeving van de cliënt en destigmatisering. Er is toegang tot peersupport of ervaringsdeskundigheid. Tevens is er aandacht voor seksualiteit. (persoonlijk herstel) De inspectie toetst of zorgverleners in de behandeling aandacht hebben voor daginvulling en participatie, passend bij wensen, behoeften, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. (maatschappelijk herstel)</p>
<p>Norm: Zorgverleners maken hun professionele afwegingen over de benodigde behandeling op basis van wensen, behoeften, mogelijkheden, risico's en beperkingen van de cliënt.</p> <p>Wat toetst de inspectie: De inspectie toetst hoe zorgverleners in samenspraak met de cliënt beoordelen welke behandeling de cliënt nodig heeft. Ook toetst de inspectie of de zorgverleners, indien mogelijk en gewenst, professionele afwegingen maken bij het op- of afschalen van de zorg. De inspectie toetst of een actuele DSM en een beschrijvende diagnose is vastgesteld. Daarnaast moeten de risico's in samenspraak tussen zorgverleners en cliënt goed in beeld zijn gebracht en zorgvuldig afgewogen. Indien een signaleringsplan is vereist, toetst de inspectie hoe zorgverleners dit toepassen. De inspectie toetst hoe zorgverleners omgaan met het voorkomen en uitvoeren van verplichte zorg. Zorgverleners dienen dit te overleggen met de cliënt en/of zijn naasten.</p>
<p>Norm: De zorgaanbieder stelt persoonsgerichte zorg centraal en borgt de veiligheid van de cliënt.</p> <p>Wat toetst de inspectie: De inspectie toetst of de zorgaanbieder een visie heeft op herstel ondersteunende zorg en de zorg zodanig inricht dat de cliënt in staat wordt gesteld zelf optimaal regie te voeren over de behandeling, ook bij verplichte zorg. De zorgaanbieder dient zich tevens in te spannen om psychische klachten vroegtijdig op te sporen. De</p>

inspectie toetst of er een cliëntenraad (formele medezeggenschap) is en of er -bij langdurige zorg- inspraak (informele medezeggenschap) is. De inspectie toetst of de zorgaanbieder de belangrijkste risico's in beeld heeft en daarop beleid uitvoert ten behoeve van cliëntveiligheid. De inspectie vindt het van belang dat de zorgaanbieder een open en veilige cultuur van leren stimuleert, waarin zorgverleners communiceren over veilige zorgrelatie, dilemma's, risico's, calamiteiten en successen.

## 12. Implementatie adviezen

Het is vaak complex om nieuw opgedane kennis of innovaties te verspreiden, implementeren en borgen in de zorgpraktijk. Voorafgaand aan implementatie is het belangrijk een beeld te krijgen van de huidige situatie, bijvoorbeeld aan de hand van een analyse van de setting. Dit kan met elementen uit het veelgebruikte en gepubliceerde Promoting Action on Research Implementation in Health Services model (PARIHS) (Rycroft & Malone, 2004). In dit hoofdstuk wordt aan de hand van topics de situatie omtrent de BeRK tool in het BW/MO veld in kaart gebracht met als doel KFZ te adviseren over de vervolgstappen. PARIHS is een model dat is ontwikkeld voor de complexiteit van veranderingsprocessen bij het implementeren van research-based practice. Het is een diagnostisch raamwerk voorafgaand of tijdens implementatie en vestigt aandacht op de factoren in dit proces. Het gaat in op de relatie tussen evidence, context en facilitering en deze factoren kunnen van hoog naar laag beoordeeld worden. Implementatie is het meest succesvol wanneer:

1. De onderbouwing wetenschappelijk stevig is en overeenkomt met de visie van professionals.
2. De context ontvankelijk is voor de verandering met juiste monitoring, feedback en leiders, bijvoorbeeld in een lerende organisatie.
3. De juiste randvoorwaarden zijn geschept op basis van interne en externe facilitators (omstandigheden en personen) (Munten et al., 2013; Van Bers & Munten, 2008).

Deze situatieschets en adviezen zijn gebaseerd op de resultaten van de pilot, klankbordgroep bijeenkomsten, gesprekken met de experts en andere betrokkenen en vragen vanuit een lunchlezing die werd gegeven over de BeRK tool vanuit het EFP.

Tabel 4 Situatieschets en vervolgadvis implementatie

<b>Evidence factoren</b>	Onderzoek, professionele ervaring, cliëntenervaring
<b>Huidige situatie</b>	<p>De onderlegger voor de gespreksthema's van de BeRK tool is een systematic review dat werd uitgevoerd door de projectgroep. Systematic reviews worden gezien als onderzoek met een hoge bewijskracht. Evidence based werken combineert een wetenschappelijke onderbouwing met praktijkervaringen. Daarom zijn de gespreksthema's waar nodig aangevuld op basis van feedback uit het veld en de veelgebruikte methodieken in de BW/MO.</p> <p>De BeRK tool is in een eerste feedbackronde en daarna pilot uitgeprobeerd in het BW/MO werkveld door begeleiders en deelnemers. Hoewel de respons lager was dan werd beoogd, was er onder de begeleiders variatie in welke setting zij werken (beschermd of begeleid wonen (ambulant) en de maatschappelijke opvang), in jaren ervaring en het wel of niet werken met een forensische doelgroep. Onder deelnemers was er variatie in personen met of zonder forensisch profiel, wel of geen licht verstandelijke beperking en leeftijd. De ervaringen met de BeRK tool zijn grotendeels positief. Wel kost het veel tijd om goed uit te voeren.</p>
<b>Adviezen voor vervolg</b>	Bij het implementeren van de BeRK tool is een juiste timing essentieel. Stap 1 hierin kan mogelijk een haalbaarheidsstudie zijn.

	<p>Het is belangrijk dat er wordt gekeken welke teams binnen een organisatie op dat moment toe zijn aan een nieuwe werkwijze en ook voldoende tijd en ruimte hebben om hiermee aan de slag te gaan. Bijvoorbeeld binnen een organisatie starten bij twee teams en met hen evalueren wat belemmerende en bevorderende factoren waren. Wanneer de eerste teams enthousiast zijn helpt dit bij de verdere uitrol binnen de organisatie. Het is belangrijk om niet alleen te focussen op de grote BW/MO organisaties maar ook de kleinere te informeren. Er zijn veel kleinere, startende aanbieders van forensische zorg en zij zijn vaak nog zoekende naar methodes en werkwijzen. Naar verwachting is in mei 2023 bekend welke organisaties in de nieuwe aanbesteding forensische zorg zitten. Dit kan een goed moment zijn om BeRK bij deze aanbieders te introduceren.</p> <p>Voor het implementatietraject adviseert de projectgroep om dit te laten uitvoeren door een onafhankelijke partij en niet door een van de BW/MO organisaties zelf. Leden van de projectgroep kunnen hierbij worden ingezet als adviseur.</p> <p>De tool Samenwerkingsafspraken van het EFP wordt momenteel ook gebruikt door BW/MO organisaties die forensische zorg bieden. Er kan worden bekeken in hoeverre het BeRK gesprek kan worden ingezet als vervolg hierop. Mogelijk kunnen de implementatienetwerken van het EFP hierbij worden ingezet. Tevens zou ter ondersteuning een korte module met toelichting op het gebruik van BeRK door de leerlijn kunnen worden ontwikkeld.</p>
--	---

<b>Context factoren</b>	Context, cultuur, leiderschap, evaluatie
<b>Huidige situatie</b>	<p>BW/MO organisaties werken volgens landelijke richtlijnen van het Kwaliteitskader Forensische Zorg van het ministerie van Justitie &amp; Veiligheid en het Toetsingskader ggz van de Inspectie Jeugd en Gezondheidszorg.</p> <p>Tijdens de pilot werd gemerkt dat begeleiders enthousiast waren over de BeRK tool en wilden deelnemen aan de training. Ook tijdens de training waren de eerste reacties positief. Tijdens het uitproberen werd echter gemerkt dat de huidige omstandigheden in het werkveld (o.a. uitval door zieke collega's, personeelstekorten in het algemeen, deelnemers waar al veel van wordt verwacht t.a.v. het invullen van lijsten en tools) het lastig was om voldoende tijd en deelnemers te vinden om de BeRK tool uit te proberen.</p> <p>De drie projectpartners Exodus, HVO Querido en Kwintes hebben alle drie de intentie uitgesproken om te onderzoeken hoe het werken met de BeRK tool vervolg kan krijgen binnen de organisatie.</p>

	Er is een voorstel ingediend voor een sessie over de BeRK tool op de aankomende Dag van de Forensische Zorg in mei 2023 zodat BW/MO organisaties kunnen kennis maken met de tool.
<b>Adviezen voor vervolg</b>	<p>Het is belangrijk dat de meerwaarde van de BeRK tool ten opzichte van de huidige werkwijzen voldoende duidelijk is/wordt. Deze eindrapportage helpt om de meerwaarde inzichtelijk te maken aan stakeholders. Daarnaast is het helpend om met de verantwoordelijken van het Kwaliteitskader Forensische Zorg en Toetsingskader IGJ de BeRK tool screenen of het in zijn huidige vorm voldoet aan deze richtlijnen. De BeRK tool kan op basis hiervan eventueel worden doorontwikkeld mocht dit nodig blijken. Wanneer de BeRK tool voldoet aan de richtlijnen kan dit worden meegenomen in de communicatie richting BW/MO organisaties. Wanneer de BeRK tool voldoet aan de richtlijnen zal dit bijdragen aan de bereidheid van BW/MO organisaties om met de tool te gaan werken. Dit werd duidelijk vanuit de vragen die werden gesteld door BW/MO professionals tijdens de lunchlezing over BeRK.</p> <p>Ook kan er meer bekendheid worden gegeven aan de BeRK tool via social media en op congressen/symposia. Het EFP en KFZ hebben veel volgers op bijvoorbeeld LinkedIn en het kan helpend zijn wanneer er posts worden geplaatst over de oplevering van de tool en later over de ervaringen van BW/MO organisaties met de tool. Naast de Dag van de Forensische Zorg, kan er worden gekeken of er meer momenten zijn dit jaar waarop een presentatie kan worden gegeven over de BeRK tool. Zoals op het jaarlijkse KFZ symposium of een dag van branche organisatie Valente.</p>

<b>Facilitering factoren</b>	Facilitering, rol, vaardigheden
<b>Huidige situatie</b>	De voornaamste reden waarom in de pilot de respons lager was dan beoogd, was (het gebrek aan) tijd dat ervaren werd door begeleiders. Het is voor begeleiders belangrijk dat het werken met de BeRK tool tijd oplevert in plaats van dat het enkel tijd kost. Het kost tijd om te wennen aan het werken met een nieuwe tool en dit te integreren in de huidige werkwijze. Een duidelijke training helpt hierbij en is tevens een voorwaarde om met de BeRK tool aan de slag te gaan.
<b>Adviezen voor vervolg</b>	De training die in de pilot werd gegeven bevatte naast instructie over het werken met BeRK theorie over herstel- en krachtgericht werken, forensisch rehabilitatiegericht werken en motiverende gespreksvoering. Dit zijn thema's die vaak al worden getraind binnen BW/MO organisaties. Er kan met organisaties worden onderzocht of de BeRK instructie binnen zo'n bestaande training kan worden geïntegreerd. De projectgroep vindt het belangrijk dat deze theorie wel wordt behandeld alvorens het BeRK gesprek wordt gevoerd. Wanneer de instructie binnen zo'n training wordt geïntegreerd,

	hoeven begeleiders geen losse extra training te volgen. Dit scheelt tijd en geld.
--	---



### **13. Conclusie**

In dit project is een nieuwe manier van risico-inventarisatie in de BW/MO opgeleverd, waarbij risico's, behoeften en krachten tezamen worden meegenomen om zo het begeleidingsplan vollediger te maken. Een klassieke risicotaxatie bleek voor de BW/MO setting minder passend. De BeRK tool is daarmee een gesprekstool geworden, waarmee een begeleider op een herstel- en krachtgerichte manier samen met de deelnemer onderzoekt waar behoeften, risico's en krachten liggen en wat dit betekent voor de begeleiding.

Omdat de BW/MO een zeer heterogene doelgroep kent, gaat het BeRK gesprek specifiek niet alleen over risico's omtrent recidive van crimineel gedrag, maar ook om bijvoorbeeld thema's als wonen, slachtofferschap en leefstijl. De gespreksthema's zijn onderbouwd door middel van een systematische review naar behoeften en risico's onder de BW/MO doelgroep en getoetst op geschiktheid in de praktijk.

De pilot binnen drie BW/MO organisaties heeft eerste positieve ervaringen laten zien in het toepassen van de BeRK tool onder begeleiders en deelnemers. Er zijn aanbevelingen gedaan voor het vervolg op gebied van implementatie.

## Dankwoord

Hartelijk dank aan een ieder die op verschillende momenten vanuit zijn of haar expertise en/of ervaring een bijdrage heeft geleverd aan de ontwikkeling van de BeRK tool, vanuit de klankbordgroep, expertgroep of een andere rol.

Dank aan Michiel de Vries Robbé en Jacqueline Bosker die ons hebben geadviseerd tijdens het project.

Speciale dank gaat uit naar de persoonlijk begeleiders, woonbegeleiders en deelnemers van HVO Querido, Kwintes en Exodus die in de feedbackronde en pilot de tool hebben uitprobeerde en geevalueerd.

Ook bedanken wij Jeremiah Sijmons en Iwan Leurs die met hun afstudeeronderzoeken van de opleidingen Toegepaste Psychologie en Master Forensisch Sociaal Professional een bijdrage hebben geleverd aan het theoretisch kader omtrent lvb en risicotaxatie.

Daarnaast bedanken wij KFZ voor de samenwerking.

## Bronvermelding

Akwa GGZ (z.d.). *Samen beslissen in de praktijk*. <https://akwaggz.nl/samenbeslissen/>

Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The Recent Past and Near Future of Risk and/or Need Assessment. *Crime & Delinquency*, 52(1), 7-27  
<https://doi.org/10.1177/0011128705281756>

Andrews, D., Bonta, J. & Wormith, J.S., (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model. Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>

Andrews, D.A. & Bonta J. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.) Routledge

Baron, E., De Jonge, J., & Schippers, G.M. (2015). Motiverende gespreksvoering. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 48(2), 138-152.

Bonta, J., & Andrews, D. A. (2016). *The psychology of criminal conduct*. Routledge.

Bouwman, J.H.A, Hutten J.C., Uzieblow, K., Van de Weeken, F.C.A. Verschuur, J., Te Mebel, L., & Van Horn, J.E. (2020). *Risicotaxatie gedaan: hoe nu verder? De vertaalslag van risicotaxatie naar risicomangement*. Kwaliteit Forensische Zorg.  
<https://kfz.nl/projecten/vertaling-van-risicotaxatie-en-risicomangement-call-2019-100>

Brink, C. (2010). *Methodebeschrijving Motiverende gespreksvoering*. Databank effectieve sociale interventies. Movisie. <https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2018-03/Methodebeschrijving-motiverende-gespreksvoering.pdf>

Clercx, M., Keulen-de Vos, M., Nijman, H.W., Didden, R., & Nijman, H. (2021) Maartje Clercx MSc, Marije Keulen-de Vos PhD, Hendrik W. Nijman MA, Robert Didden PhD & Henk Nijman PhD (2021) What Is so Special about Forensic Psychiatric Professionals? Towards a Definition of Forensic Vigilance in Forensic Psychiatry, *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 21(3), 195-213. <https://doi.org/10.1080/24732850.2020.1847569>

Collot d'Escury-Koenigs, A., Boering, A., & Teeuwen, M. (2019). *LVBeeld; van discussie naar herkenning Een training met beelden van Licht Verstandelijk Beperkte (LVB)- en niet LVB-jongeren voor professionals werkzaam in het forensisch domein*. Kwaliteit Forensische Zorg.  
<https://kfz.nl/projecten/call-2016-50>

Den Hollander, D. & Wilken, J.P. (2021). *Werken in verbinding. Praktijkboek Steunend Relationeel Handelen*. Uitgeverij SWP Amsterdam.

Delespaul, Ph. & consensusgroep EPA. (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55(6), 427-438.

De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbe (2007). *SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. Dutch version*. Forum Educatief. <https://www.saprof.com/references-saprof-versions.html>

De Vogel, V., De Vries Robbé, M., Bouman, Y., Chakhssi, F., & De Ruiter, C. (2013). *Nederlandse vertaling HCR-20*. [https://dfzs.nl/files/hcr-20v3-\(compleet\).pdf](https://dfzs.nl/files/hcr-20v3-(compleet).pdf)

De Vogel, V., De Vries Robbe, M., Van Kalmthout, W., & Place, C. (2015) *Female Additional Manual. Een aanvulling op de HCR-20V3 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen*. [https://www.forensischezorg.nl/files/fam\\_v3\\_nederlandse\\_handleiding.pdf](https://www.forensischezorg.nl/files/fam_v3_nederlandse_handleiding.pdf)

De Vogel, V. (2020). Risicotaxatie in de Praktijk. *Nurse Academy GGZ*, 2(1) 25-29.

De Vogel, V., De Bruijn, M., Klein Haneveld, E., Leong, J., Robbe, E., Steunenbergh, D., Verhees, M., & Vissers, A. (2023). *Behandelen van vrouwen in de klinische forensische zorg. Een handreiking*. Kwaliteit Forensische Zorg <https://kfz.nl/projecten/behandelen-van-vrouwen-in-forensische-klinische-zorg-een-vak-apart-het-ontwikkelen-van-richtlijnen-voor-de-behandeling-van-vrouwen-in-de-forensische-klinische-zorg>

De Vries Robbe, M. & Van Den End, M. (2020) *Risicoscreener Geweld Gevangeniswezen*. Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, onderdeel van Dienst Justitiële Inrichtingen <https://www.nifp.nl/onderwerpen/risicoscreener-geweld>

Dienst Justitiële Inrichtingen. (2021). *Forensische zorg uitlegplaat met cijfers editie 2021*. [www.forensischezorg.nl](http://www.forensischezorg.nl)

Douglas, K., Hart, S., Webster, C., & Belfrage, H. (2013). *Assessing Risk of Violence. Userguide*. Simon Fraser University.

Douma, J., Hoekman, J., & Merkus, E. (2017). *Handreiking (vroeg)signalering van een licht verstandelijke beperking (LVB) en zwakbegaafdheid: Signaleren van achterstanden in de (kinderlijke) ontwikkeling en van factoren die het risico daarop vergroten* (Herziene versie). Landelijk Kenniscentrum LVB. <https://www.ambiq.nl/media/bestanden/handreikingvroegsignalering2017.pdf>

Harte, J.M & Breukink, M.D. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-72.

Embregts, P., Didden, R., & Moonen, X. (2020). *Mensen met LVB+*. <https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20mensen%20met%20LVB%2B%20december%202020.pdf>

Farkas, M., & Coe, S. (2019). From Residential Care to Supportive Housing for People with Psychiatric Disabilities: Past, Present and Future. *Frontiers Psychiatry* 10(862). [https://doi.org/10.3389.fpsy.2019.00862](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00862)

Forensische Zorg (z.d.) *Risicotaxatie-instrumenten*. <https://www.forensischezorg.nl/beleid/risicotaxatie-instrumenten>

Frielink, N., & Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour, *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38(4), 279-291. <https://doi.org/10.3109/13668250.2013.809707>

GGZ Standaarden (2017). *Generieke module Herstelondersteuning*. <https://www.ggzstandaarden.nl/generiekemodules/herstelondersteuning/organisatie-van-herstelondersteuning/competenties/aanbevelingen>

Hart, S. D., Douglas, K. S., & Webster, C. D. (2001). *Risk management using the HCR-20: A general overview focusing on historical factors*. HCR-20 violence risk management companion guide, 27-40. Mental Health, Law, and Policy Institution, Simon Fraser University.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (2022). *Toetsingskader ggz*. <https://www.igj.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg/publicaties/toetsingskaders/2022/04/14/toetsingskader-geestelijke-gezondheidszorg>

Joustra, T., van Asselt, M. & Zouridis, S. (2019) *Forensische zorg en veiligheid. Lessen uit de casus Michael P*. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid. [https://www.onderzoeksraad.nl/nl/media/attachment/2019/3/28/20183464\\_interactieve\\_raapportage\\_forensische\\_klinieken\\_190321.pdf](https://www.onderzoeksraad.nl/nl/media/attachment/2019/3/28/20183464_interactieve_raapportage_forensische_klinieken_190321.pdf)

Killaspy, H., McPherson, P., Samele, C., Keet, R., & Almeida, J.C. (2018). Providing Community Based Mental Health Services Position Paper. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-02/2018\\_compass\\_positionpaper\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-02/2018_compass_positionpaper_en_0.pdf)

Koch, M., Van den Berg, J. W., Smid, W. J. (2014). *Acute-2007 Scorehandleiding*. (Vertaling van. Hanson, R. K., Harris, A. J. R. *Acute-2007 Coding Manual*. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2012.) De Forensische Zorgspecialisten. [https://dfzs.nl/files/Factsheet\\_STATIC\\_STABLE\\_ACUTE\\_2015.pdf](https://dfzs.nl/files/Factsheet_STATIC_STABLE_ACUTE_2015.pdf)

Korevaar, L., Droës, J., & van Wel, T. (2014). *De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)*. Databank Effectieve sociale interventies Movisie. <https://www.trimbos.nl/kennis/ggz-erkende-interventies/individuele-rehabilitatie-benadering>

Kropp, P. R., Hart, S. D., Lyon, D., & LePard, D. (2002). *Managing stalkers: Coordinating treatment and supervision*. In L. Sheridan, & J. Boon, *Stalking and psychosexual obsession: Psychological perspectives for prevention, policing and treatment*, 138-160.

Leurs, I. (2022). "Het terugdringen van het recidiverisico is óók onderdeel van ons werk" *Een kwalitatief onderzoek naar de vormgeving van de RNR-principes in forensische begeleidingstrajecten van HVO-Querido*. [https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit\\_hu:oai:surfsharekit.nl:0be9f6a7-ea5c-441d-a8a7-a9c5a382d425?q=forensische+zorg&p=2](https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_hu:oai:surfsharekit.nl:0be9f6a7-ea5c-441d-a8a7-a9c5a382d425?q=forensische+zorg&p=2)

Mallion, J.S., Wood, J.L., & Mallion, A. (2020). Systematic Review of 'Good Lives' assumptions and interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 101510. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101510>

McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018a). Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry* 18, (128). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>

McPherson, P., Krotofil, J., & Killaspy, H. (2018b). What Works? Toward a New Classification System for Mental Health Supported Accommodation Services: The Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA). *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 190. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020190>

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people to change*. The Guilford Press.

Ministerie van Justitie en Veiligheid (2022). *Kwaliteitskader Forensische Zorg 2022-2028*. <https://www.forensischezorg.nl/programmabafz#kwaliteitskader>

Ministerie van Justitie en Veiligheid (2022). *Doorontwikkelagenda Kwaliteitskader Forensische Zorg per pijler*. [Doorontwikkelagenda Kwaliteitskader Forensische Zorg per pijler \(zorginzicht.nl\)](https://www.forensischezorg.nl/doorontwikkelagenda)

Moonen, X. M. H. (2020). Onderzoek naar adaptief functioneren van mensen met LVB. *Kind en adolescent praktijk*, 19(1), 35-37.

Movisie. (2020). *Mensen met een LVB en hun financiële kwetsbaarheid*. <https://www.movisie.nl/artikel/mensen-lvb-hun-financiele-kwetsbaarheid>

Munten, G., Snoeren, M., & Cardiff, S. (2013). Als implementeren navigeren is, is een GPS wel handig. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 4, 16-20. <https://doi.org/10.1007/s12468-013-0036-9>

Nicholls, T. L., Brink, J., Desmarais, S. L., Webster, C. D., & Martin, M. L. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): a prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13(3), 313-327. <https://doi.org/10.1177/1073191106290559>

Nicholls, T., Hilterman, E., & Goossens, I. (2017). DIARI: Decision-making In Abusive Relationships Interview. [https://www.researchgate.net/publication/326042011\\_DIARI\\_Decision-making\\_In\\_Abusive\\_Relationships\\_Interview](https://www.researchgate.net/publication/326042011_DIARI_Decision-making_In_Abusive_Relationships_Interview)

Onderzoeksraad voor Veiligheid (2019). *Forensische zorg en veiligheid: Lessen uit de casus Michael P*. Onderzoeksraad voor Veiligheid. [https://www.onderzoeksraad.nl/nl/media/attachment/2019/3/28/20183464\\_interactieve\\_raapportage\\_forensische\\_klinieken\\_190321.pdf](https://www.onderzoeksraad.nl/nl/media/attachment/2019/3/28/20183464_interactieve_raapportage_forensische_klinieken_190321.pdf)

Oogfonds (z.d.). *Kleurenblind*. <https://oogfonds.nl/oogklacht/kleurenblind/>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for

reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n71.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Polaschek, D.L.L. (2012). An appraisal of the risk-need-responsivity (RNR) model of offender rehabilitation and its application in correctional treatment. *Legal and criminological psychology*, 17(1), 1-17. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8333.2011.02038.x>

Reeves, E. (2015). A Synthesis of the Literature on Trauma-Informed Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(9), 698-709.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1025319>

Rosenberg L. (2011). Addressing trauma in mental health and substance use treatment. *The journal of behavioral health services & research*, 38(4), 428-431.  
<https://doi.org/10.1007/s11414-011-9256-9>

Rostom A., Dubé C., Cranney A., et al. (2004). *Celiac disease*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US)

Ryan, T. (1999). *Managing Crisis and Risk in Mental Health Nursing*. Nelson Thornes.

Rycroft-Malone J. (2004). The PARIHS framework - a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. *Journal of nursing care quality*, 19(4), 297-304.  
<https://doi.org/10.1097/00001786-200410000-00002>

Samen Sterk zonder Stigma (z.d.). *Wat is een stigma*.  
<https://samensterkzonderstigma.nl/wat-is-een-stigma/>

Samen Sterk zonder Stigma (2019). *Bij nader inzien. Impactproductie voor destigmatisering in de GGZ*. <https://samensterkzonderstigma.nl/tool/bij-nader-inzien/>

Samen Sterk zonder Stigma (z.d.). *Destigma in de GGZ. Argumentatie*.  
<https://samensterkzonderstigma.nl/app/uploads/2021/09/SSzS-Argumentatie-GGZ-v4.pdf>

Sanches, S. A., van Busschbach, J. T., Michon, H. W. C., van Weeghel, J., & Swildens, W. E. (2018). The role of working alliance in attainment of personal goals and improvement in quality of life during psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 69(8), 903-909.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700438>

Simmons, M., & Gooding, P. (2017). Spot the difference: shared decision-making and supported decision-making in mental health. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 34(4), 275-286. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.59>

Smid, W. J., Koch, M., & van den Berg, J. W. (2014). *Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014)*. (Bewerkte vertaling van Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. *STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003*. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2003.). De Forensische Zorgspecialisten.  
[https://dfzs.nl/files/Factsheet\\_STATIC\\_STABLE\\_ACUTE\\_2015.pdf](https://dfzs.nl/files/Factsheet_STATIC_STABLE_ACUTE_2015.pdf)

Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P. & Bogaerts, S. (2013) *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R Historische, Klinische en Toekomstige Revisie*.



[https://www.forensischezorg.nl/files/hktr-handleiding\\_en\\_methodologische\\_verantwoording.pdf](https://www.forensischezorg.nl/files/hktr-handleiding_en_methodologische_verantwoording.pdf)

Stiggelbout, A.M. i.s.m. MUMC CAPHRI (2012). *Translation of the original "9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9)".* Authorised by Martin Härter & Isabelle Scholl (University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany)

Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H., & De Haes, J. C. (2015). Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient education and counseling*, 98(10), 1172–1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>

Tableau, (z.d.). *Vijf tips voor het ontwerpen van visualisaties die geschikt zijn voor kleurenblinden* <https://www.tableau.com/nl-nl/blog/examining-data-viz-rules-dont-use-red-green-together>.

't Lam, K., Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandelmogelijkheden*. GGZ Drenthe. <https://kennisdatabank.efp.nl/literatuur/handleiding-bij-de-short-term-assessment-of-risk-and-treatability-start-richtlijnen-bij-het-beoor>

Van Beek, B., De Vogel, V., Leenders, R., & Van de Mheen, D. (2022). Does debt increase risk? A mixed methods approach to studying the potential underlying risk factors in the relationship between debt and crime. *Psychology, Crime and Law*. <https://doi-org.tilburguniversity.idm.oclc.org/10.1080/1068316X.2022.2030336>

Van Bers, M. & Munten, G. (2008). Het PARIHS raamwerk. Evidence, context en facilitering: de bouwstenen voor succesvolle implementatie. *Nederlands Tijdschrift voor Evidence Based Practice*, 6, 4-9.

Van den Berg, J. W., Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. (Vertaling van Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2012.) De Forensische Zorgspecialisten. [https://dfzs.nl/files/Factsheet\\_STATIC\\_STABLE\\_ACUTE\\_2015.pdf](https://dfzs.nl/files/Factsheet_STATIC_STABLE_ACUTE_2015.pdf)

Van den Berg, C., Bruggeman, M., Houston, R., Joosten, A., & Harte, JM. (2021). Validatiestudie risico- en beschermende factoren van de RISC: Een evaluatieonderzoek naar de leefgebieden van het risicotaxatie en adviesinstrument van de 3RO. Vrije Universiteit Amsterdam. <https://research.vu.nl/en/publications/validatiestudie-risico-en-beschermende-factoren-van-de-risc-een-e>

Van Gijzel S., Wilken, J.P., & Brink, C. (z.d.) *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Werkblad beschrijving interventie*. <https://www.trimbos.nl/kennis/ggz-erkende-interventies/systematisch-rehabilitatiegericht-handelen>

Van der Knaap, L.M. & Alberda, D.L. (2009). De predictiviteit van de Recidive Inschattingsschalen (RISc). Cahier 2009-12.



Van Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., van den Hanenberg, F.J.A.C., van der Put, C.E., & Bogaerts, S. (2016). *Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE)*. Kwaliteit Forensische Zorg.

Van Horn, J., Eisenberg, M., & Uzieblo, K. (2016). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(8), 583-592.

Van Horn, J., Eisenberg, M., Bouwman, Y.H.A., Van den Hanenberg, F.J.A.C., Van den Put, C.E., Bogaerts, S. (2020). *Handleiding Forensische Ambulante Risico Evaluatie Versie 2*. Kwaliteit Forensische Zorg.

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

Ward, T. & Fortune, C.A. (2013). The Good Lives Model: Aligning Risk Reduction with Promoting Offenders' Personal Goals. *European Journal of Probation*, 5(2), 29-46. <https://doi.org/10.1177/206622031300500203>

Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M. L., Desmarais, S. L., & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral sciences & the law*, 24(6), 747-766. <https://doi.org/10.1002/bsl.737>

Wolf, J. & Jonker, I. (2021). *Krachtwerk. Methodisch werken aan participatie en zelfregie. Interventiebeschrijving*. Impuls onderzoekscentrum & Radboud UMC. <https://www.movisie.nl/interventie/krachtwerk>

Wu Suen, L.J., Huang, H.M., & Lee, H.H. (2014). A Comparison of Convenience Sampling and Purposive Sampling. *The Journal of Nursing*, 61(3), 105-111. <https://dx.doi.org/10.6224/JN.61.3.105>

ZorgWelzijn (2018). *Traumasensitief werken voorkomt probleemgedrag*. <https://www.zorgwelzijn.nl/traumasensitief-werken-voorkomt-probleemgedrag/>

## **Bijlagen**

### **Bijlage 1 Risicotaxatie**

Bij organisaties die zich volledig richten op forensische zorg, staat het risicogericht denken en het werken met risicotaxatie-instrumenten voorop. In de reguliere GGZ en BW/MO organisaties zijn deelnemers met een forensische titel in de minderheid en deze organisaties houden er doorgaans een andere visie, cultuur en werkwijze op na. Door de krachtgerichte setting lijkt ook het doel van forensische zorg bij deze organisaties wat ondergesneeuwd te zijn (Leurs, 2022). Een BW/MO organisatie kiest er in de begeleiding bijvoorbeeld voor om ondersteuning te bieden bij terugval in middelengebruik, terwijl een 'volledig forensische' instelling er bij dezelfde deelnemer van uitgaat, dat deze hiervoor een sanctie krijgt en begrensd wordt (De Vogel et al., 2020). Toch is het in kaart brengen van risico's wel belangrijk voor forensische begeleidingstrajecten de BW/MO-sector, bijvoorbeeld bij de start van begeleidingstraject en risicomangement (Bouwman et al., 2020). De term risicomangement omvat alle ondernomen acties met betrekking tot het reduceren van het recidiverisico (Hart et al., 2001; Kropp et al., 2002; Ryan, 1999). Echter blijkt uit onderzoek dat het moeilijk is voor professionals om een vertaalslag vanuit een risicotaxatie-instrument te maken. De forensische zorg heeft in het kader hiervan behoefte aan ondersteuning en facilitering (Bouwman et al., 2020).

Het doel van risicotaxatie binnen de forensische zorg is beoordelen of een patiënt veilig op verlof kan of kan terugkeren naar de maatschappij. Risicotaxatie is een verplicht onderdeel van het verlofbeleid. Met deze wetenschappelijk onderbouwde vragenlijsten wordt het risico ingeschat hoe groot de kans is dat een patiënt op verlof opnieuw een ernstig delict zal plegen (Forensische Zorg, z.d.). Op de forensische zorg website van het ministerie van Justitie en Veiligheid worden de HKT-R en de HCR-20V3 aangereikt als belangrijkste risicotaxatie instrument en voor vrouwen de FAM, in aanvulling op de HKT-R of de HCR-20V3. Daarnaast wordt voor het inschatten van beschermende factoren de SAPROF geadviseerd.

Harte & Breukink schreven in 2010 een Nederlandstalig artikel met een overzicht van risicotaxatie instrumenten in Nederland. Omdat dit overzicht al ruim 10 jaar oud is, zijn hier alleen de instrumenten uit geselecteerd waar ook recent Nederlands onderzoek naar is gedaan. Hieronder volgt een overzicht van instrumenten voor risicotaxatie of risicoscreening voor de volwassen doelgroep. Deze instrumenten zijn geselecteerd voor het overzicht omdat zij inzetbaar zijn voor een brede doelgroep (net als de BeRK tool). Veel van deze instrumenten stonden nog niet in het overzicht van Harte & Breukink omdat zij recenter ontwikkeld zijn. De literatuur is verzameld door gericht te zoeken naar de producten van de ontwikkelaars van de in kaart gebrachte instrumenten, lijsten en methodieken. Het overzicht is gecheckt en waar nodig aangevuld door de experts.

Tabel 5 Selectie risico taxatie instrumenten

Instrument	Doelgroep	Inhoud	Eindoordeel	Invuller	Actuarieel/ SPJ*	Gevalideerd
FARE 1 en 2 (van Horn et al., 2016)	Cliënten/ patiënten ambulante behandeling	6 statische risicofactoren 11 dynamische risicofactoren	Recidive risico Scores op een vijfpuntschaal	Getrainde behandelaar	Actuarieel met optie tot klinische aanpassing.	Nee.
HKT-R (Spreen et al., 2013)	Mannelijke plegers van gewelddelicten met psychotische kwets. en/of PS.	12 Historische 14 Klinische 7 Toekomstige indicatoren.	Risico op gewelddadige recidive in de vervolgsituatie. Scores op een vijfpuntschaal	Getrainde beoordelaar	SPJ	Ja.
HCR-20V3 (De Vogel et al., 2013; Douglas et al., 2013)	Mannen of vrouwen van 18 jaar of ouder in for. settings.	10 Historische 5 Klinische 5 Risico hantering items	Risico op gewelddadig gedrag. Eindoordeel vijfpuntschaal.	Getrainde beoordelaar	SPJ	Ja
FAM (de Vogel et al., 2015)	Vrouwen in het forensisch systeem.	14 Historische 7 Klinische 7 Risico- hantering Items	Eindoordeel Risico op: Geweld Zelfdestructief gedrag Victimisatie Niet-gewelddadig crimineel gedrag Scores indicatoren op een driepuntschaal. Eindoordeel vijfpuntschaal.	Getrainde beoordelaar	SPJ	In afwachting
START (Webster et al., 2006; 't Lam et al., 2009)	Forensische patiënten.	20 Items die worden gescoord als kracht of zwakte.	Risico op: Geweld, Suicide, Victimisatie, Zelfbeschadiging Ongeoorloofde afwezigheid Middelenmisbruik Zelfverwaarlozing 'Case specific' op een driepuntschaal.	Getrainde beoordelaar	SPJ	Ja
SAPROF (De Vogel et al., 2007)	Forensische psychiatrie	17 beschermende factoren.	Factoren: bescherming op een 7-punt schaal. Eindconclusies: bescherming op 5-pt schaal, gecombineerd met risicogericht	Getrainde beoordelaar	SPJ	Ja

			instrument risico op 5-pt schaal.			
SSA (Smid et al. 2014; van den Berg et al., 2014; Koch et al., 2014)	Zedendelinquenten, maar in combinatie voor gehele justitie keten.	10 Statisch risico 13 Stabiel risico 7 Acuut dynamisch risico	Toekomstig seksueel en gewelddadig delictgedrag.  Scores in leeftijdsgroep, score 1,2,3,4.  Eindoordeel: Laag/matig/hoog/ingrijpen nu.	Getrainde beoordelaar	Actuarieel	In afwachting
Risico-screener geweld GW (de Vries Robbe & van den End, 2020)	Alle gedetineerden  Ambulante versie in ontwikkeling (zie ook Risicoscreener Jeugdversie) + mogelijk zelfbeoordeling	2 statische risicofactoren 4 dynamische risicofactoren 4 beschermende factoren	Zorgen over toekomstig gewelddadig gedrag naar andere personen op een driepuntschaal	Getrainde beoordelaar	SPJ	Pilotvalidatie
RISc (van der Knaap & Alberda, 2009; van den Berg et al., 2021)	Justitiabelen in Nederland, intra- en extramuraal.	12 subschalen met 75 items. Zowel statisch als dynamisch.	Inschatting van het risico op recidive. Drie of tweepuntschalen (afh. van de factor)	Reclasseringswerker in gesprek met justitiabele.	SPJ	Niet volledig

\*Actuarieel – feiten in het verleden scoren en algoritme leidt tot risico inschatting. Hoe lang geleden een feit is gepleegd, heeft geen invloed op score.

SPJ – structured professional judgement: oordeel professional, dynamische factoren, meenemen/inschatten: hoe is het risico nu.

Er bestaat een viertal generaties aan risicotaxatie-instrumenten. Halverwege de twintigste eeuw werd een risicotaxatie uitgevoerd door middel van een psychologische test. Echter werd er na de inventarisatie van informatie een relatief subjectieve en intuïtieve inschatting op recidiverisico door de professional gemaakt. De criteria die samenhangen met de inschatting waren niet altijd waarneembaar en er werd bij de inschatting ook aandacht gegeven aan criteria die niet per definitie samenhangen met delinquent gedrag (Andrews & Bonta, 2017). De tweede generatie risicotaxatie-instrumenten zijn evidence-based en actuarieel maar kennen een aantal gebreken. Deze instrumenten zijn met name gestoeld op statische, onveranderbare risicofactoren. Risicofactoren die bewezen samenhangen met delinquent gedrag zoals een antisociale houding en een antisociaal netwerk ontbreken in deze risicotaxatie-instrumenten. Daarnaast geven deze tweede generatie instrumenten ook geen richtlijnen aan met betrekking tot het terugdringen van het recidiverisico, terwijl het strafrechtelijk systeem daar wel mee belast is. Het is daarom van belang om dynamische risicofactoren te kunnen meten in risicotaxatie-instrumenten. Dit gebeurde dan ook bij de

derde generatie risicotaxatie-instrumenten. De sociale leertheorie met betrekking tot delinquent gedrag lag ten grondslag aan deze derde generatie instrumenten en de voorspellingen bleken in de praktijk vaak te kloppen. Ook was er oog voor responsiviteit zoals culturele en etnische achtergrond (Andrews & Bonta, 2017). Derde generatie risicotaxatie-instrumenten zijn ontwikkeld in het kader van het meten van de mate van risico en de dynamische, veranderbare risicofactoren. Echter ontbrak de vertaalslag naar de praktijk. Hierop zijn de vierde generatie risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld. Deze instrumenten geven richtlijnen in het kader van casemanagement en interventies (Andrews & Bonta, 2017).

#### *Risicotaxatie-instrumenten in het ambulante forensische domein*

Lange tijd werden risicotaxatie-instrumenten in Nederland vooral in de klinische forensische zorg uitgevoerd en vanaf 2008 gebeurt dit ook structureel. In het ambulante forensische domein is het gebruik hiervan aanzienlijk later opgestart (Van Horn et al., 2016).

In het ambulante forensische veld wordt er met veel verschillende ambulante risicotaxatie-instrumenten gewerkt. De reclassering verricht haar risicotaxaties veelal met de RISc (Recidive Inschatting Schalen). Dit risicotaxatie-instrument is ontwikkeld in opdracht van de drie reclasseringsorganisaties (3RO) en blijkt betrouwbaar te zijn met betrekking tot het inschatten van algemene recidive (Van der Knaap & Alberda, 2006).

Echter deelt de reclassering deze inschattingen vaak niet met ambulante of klinische behandelaren. Laatstgenoemden inventariseren hierop opnieuw de risicofactoren met behulp van een ander risicotaxatie-instrument. Bijvoorbeeld met de FARE (Forensische Ambulante Risico Evaluatie). Dit generalistische risicotaxatie-instrument wordt in diverse ambulante settingen gebruikt en richt zich op de inschatting van algemene recidive (Van Horn et al., 2020). De precisie van het invullen van de risicotaxatie zou verbeterd kunnen worden wanneer de reclassering en (ambulante of klinische) behandelteams de taxatie met elkaar zouden delen. Het meest wenselijk is echter dat de risicotaxatie door beide partijen wordt uitgevoerd met hetzelfde instrument, waarin risicofactoren die relevant zijn voor een ambulante forensische setting zijn opgenomen (Van Horn et al., 2016).

Uit onderzoek blijkt dat de dynamische risicofactoren die gelden voor een ambulante setting weinig gelijkheid hebben met die van het klinische veld. Een antisociale of pro-criminele houding en slechte prestaties op school/werk zijn in het klinische veld de grootste dynamische voorspellers, maar in de ambulante setting kwamen hier de factoren middelenmisbruik, een antisociaal netwerk en vrijetijdsbesteding nog bij (Van Horn et al., 2016).

## Bijlage 2 Evaluatieformulieren feedbackronde

### **Begeleiders en ervaringsdeskundigen**

In hoeverre sluit het BeRK gesprek aan bij de invulling van de dagelijkse begeleiding binnen de BW/MO?

Wat is de toegevoegde waarde van het BeRK gesprek ten opzichte van hoe er nu wordt gewerkt binnen de BW/MO?

Zou een collega verder kunnen werken met hoe het BeRK gesprek nu wordt vastgelegd? Zo niet: wat is er nodig om het gesprek op zo'n manier vast te leggen dat dit wel kan?

Wat mis je nog in het BeRK gesprek en de handleiding?

Wat denk je dat er aan instructie/training nodig is voor begeleiders om het BeRK gesprek toe te passen?

### **Deelnemers**

Wat vind je ervan dat er een gesprek wordt gevoerd over behoeften, krachten en risico's?

In hoeverre vind je de werkvorm met de kaarten helpend bij het inzicht krijgen waarin je begeleiding wilt?

Is het BeRK gesprek anders dan wat je gewend bent? Waarom wel/niet?

Wat zou je aan begeleiders willen meegeven bij het voeren van een gesprek over behoeften, krachten en risico's?

## Bijlage 3 Evaluatieformulieren pilot

### Vragenlijst BeRK gesprek – Begeleiders

Hieronder volgen negen stellingen over de toepasbaarheid van het BeRK gesprek in de dagelijkse BW/MO praktijk en de training. Wil je aankruisen in hoeverre je het eens bent met deze stellingen en dit toelichten? Onderaan is ruimte om suggesties te doen voor overige verbeteringen.

**1. De gespreksvaardigheden die worden geadviseerd bij het voeren van het BeRK gesprek passen bij de dagelijkse werkwijze van mijn organisatie.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**2. Het werken met de gesprekskaarten past bij de dagelijkse werkwijze van mijn organisatie.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**3. De thema's van het BeRK gesprek zijn relevant voor de dagelijkse begeleiding en bejegening van cliënten in de BW/MO.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens

- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**4. De tijdsinvestering die het voeren van het BeRK gesprek vraagt, is werkbaar in de dagelijkse begeleiding.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**5. Het taalgebruik in de handleiding sluit aan bij het taalgebruik dat wordt gebruikt door begeleiders en cliënten in de dagelijkse begeleiding en is herkenbaar.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:



**6. Het BeRK gesprek is in te zetten bij de diverse cliëntendoelgroepen die begeleiding ontvangen in de BW/MO. Denk hierbij aan cliënten met en zonder forensische achtergrond, verschillende intelligentieniveaus en de verschillende settingen (ambulant en beschermd wonen).**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**7. Het BeRK gesprek stelt begeleiders en cliënten in staat om de relevante risico's, behoeften en krachten voor de cliënt boven te halen.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**8. Het is voldoende duidelijk hoe je de uitkomsten van het BeRK gesprek vervolg geeft in de dagelijkse begeleiding.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**9. Het BeRK gesprek is van meerwaarde in de dagelijkse begeleiding van mijn cliënten.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**10. De training voorafgaand aan het uitproberen van het BeRK gesprek gaf mij voldoende handvaten om het BeRK gesprek te voeren met mijn cliënt.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**Suggesties voor verbetering/aanpassingen in BeRK gesprek**

**Suggesties voor verbeteringen/aanpassingen in de training**

## Vragenlijst deelnemers

### Onderdeel A. Gedeelde besluitvorming: samen beslissen

Deze vragen gaan over het gesprek dat je samen met je begeleider had over behoeften, risico's en krachten en hoe jullie samen gekomen zijn tot wat je op de kaarten hebt geschreven. En welke keuzes je met deze kaarten hebt gemaakt in Figuur 1. Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat om jouw beleving.

Hieronder worden negen uitspraken gegeven die gaan over het BeRK gesprek dat je hebt gevoerd met je begeleider. Wil je per stelling aangeven in hoeverre je het met deze uitspraak eens bent?

**1. Mijn begeleider heeft me duidelijk gemaakt dat er behoeften, risico's en krachten besproken moeten worden.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**2. Mijn begeleider heeft met mij besproken wat het samen beslissen rondom de behoeften, risico's en krachten betekent.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**3. Mijn begeleider heeft me verteld dat er rondom behoeften, risico's en krachten verschillende mogelijkheden zijn in het BeRK gesprek. (Bijvoorbeeld de verschillende keuzes in Figuur 1).**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens

- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**4. Mijn begeleider heeft me de verschillende mogelijkheden en vervolgopties precies uitgelegd.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**5. Mijn begeleider heeft me geholpen om alle informatie die hij/zij gaf te begrijpen.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**6. Mijn begeleider heeft me gevraagd welke formulering van de behoeften, risico's en krachten op de kaarten mijn voorkeur heeft. (Formulering betekent: wat jullie samen op de kaarten hebben geschreven, hoe jullie de risico's behoeften en krachten verwoord hebben).**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**7. Mijn begeleider en ik hebben grondig doorgenomen welke behoeften, risico's en krachten er in mijn traject zijn.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**8. Mijn begeleider en ik hebben samen uitgekozen welke van de besproken behoeften, risico's en krachten het meest belangrijk zijn in mijn traject.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

**9. Mijn begeleider en ik hebben een afspraak gemaakt over hoe het gesprek vervolg krijgt in de begeleiding.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

### **Onderdeel B. Aansluiting bij de begeleiding**

Hieronder worden uitspraken gedaan over het BeRK gesprek in de dagelijkse begeleiding. Wil je aankruisen in hoeverre je het met de uitspraak eens bent en dit toelichten? Onderaan is ruimte om aan te geven welke overige suggesties je wilt meegeven aan ons.

#### **1. Het BeRK gesprek heeft een passende tijdsinvestering voor de dagelijkse begeleiding: het gesprek duurt niet te lang.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

#### **2. Door het voeren van het BeRK gesprek kwamen behoeften, risico's en krachten naar boven die voor mij belangrijk zijn in de begeleiding.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens
- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

#### **3. Ik begreep wat er van mij werd verwacht tijdens het BeRK gesprek.**

- Helemaal mee oneens
- Sterk mee oneens
- Enigszins mee oneens
- Enigszins mee eens

- Sterk mee eens
- Helemaal mee eens

Toelichting:

**Suggesties voor verbetering**



## Bijlage 4 Leefgebieden overzicht vanuit bestaande methodieken en instrumenten

Tabel 6 Overzicht leefgebieden in methodieken

Methodiek	Sector/Doelgroep	Leefgebieden
Krachtwerk (Wolf & Jonker, 2021)	Welzijnswerk, in de maatschappelijke opvang en beschermd wonen en in de forensische zorg. Vrouwen die partnergeweld hebben meegemaakt.	Wonen Geld en inkomen Werk en leren Vrije tijd Familie, vrienden en bekenden Partner Kinderen en opvoeding Zingeving Gezondheid en zelfzorg Veiligheid
SRH (van Gijzel et al., z.d.)	Ggz, verslavingszorg, forensische zorg, ouderenzorg, maatschappelijke opvang, zorg voor mensen met verstandelijke beperkingen, autisme, jeugdigen en individuele trajectbegeleiding bij arbeid.	Zelfzorg Gezondheid Zingeving Sociale relaties Wonen Werken Leren Recreëren
IRB (Korevaar et al., 2014)	Volwassenenpsychiatrie, de verslavingszorg en in de zorg voor dak- en thuislozen, adolescenten, verstandelijk gehandicapten, mensen met autisme. Arbeidsrehabilitatie en in begeleid lerentrajecten. Ambulant en intramuraal.	Wonen Werken Leren Sociale contacten Familie

## Bijlage 5 Draaiboek training

Dit is het draaiboek van de training zoals deze werd gegeven in de pilot. Het draaiboek is aangepast naar de laatste wijzigingen in de handleiding.

### **Draaiboek BeRK training**

- Maximaal 3 à 3,5 uur (bv. van 9.00-12.00)
- Streven is 5 – 10 begeleiders per training
- Vantevoren lezen begeleiders de BeRK handleiding door
- Tussen elk onderdeel ruimte voor vragen

### **Onderdelen**

#### **1. Inleiding BeRK gesprek (PowerPoint) – 30 minuten**

##### Voorstelrondje

Voorstellen, vragen naar verwachtingen, eerste indruk van de handleiding, uitnodigen tot vragen stellen. Indeling van de training bespreken

##### Waarom BeRK ontwikkeld?

Het Behoeften, Risico's en Krachten gesprek (BeRK) is ontwikkeld vanuit de behoefte van de praktijk om herstel-/krachtgericht werken en risicobeheersing in het beschermd- en begeleid wonen en de maatschappelijke opvang (BW/MO) met elkaar in balans te brengen en elkaar te laten versterken. Het is een tool die aansluit bij de dagelijkse BW/MO praktijk en door middel van literatuuronderzoek wetenschappelijk onderbouwd is. BW/MO's werken herstel- en krachtgericht. Hierbij gaan ze uit van de begeleidingsbehoeften die deelnemers op alle leefgebieden kunnen hebben. Het uitvragen van krachten, bijvoorbeeld met een krachteninventarisatie, is vaak al standaard onderdeel van de begeleiding. Werken met krachten is veel onderzocht en toegepast, en zal je bekend voorkomen. Scherpste op risico's, zoals delictgedrag, risicovol- en zelfbeschadigend gedrag en slachtofferschap, en hierover in gesprek gaan met deelnemers blijft soms nog onderbelicht in de BW/MO.

Herstel- en krachtgericht werken en het praten over risico's kan hand in hand gaan, elkaar aanvullen en versterken. Om begeleidingsbehoeften van BW/MO deelnemers volledig in beeld te brengen is meer aandacht voor risico's van belang. Risico's kunnen herstel in de weg staan. Met het BeRK gesprek ga je bij het formuleren van de behoeften en begeleidingsdoelen van de deelnemer daarom tevens de risico's meenemen. Daarmee wordt het begeleidingsplan vollediger. Ook het bespreken en vaststellen van risico's gebeurt hierbij op een krachtgerichte manier.

##### Door/met wie?

Projectgroep, klankbordgroep, expertgroep. Tranzo, HVO Querido, Exodus en Kwintes.

##### Wat is BeRK?

Het BeRK gesprek is een narratieve methode om in samenspraak met de cliënt de behoeften, risico's en krachten te inventariseren en hier een concrete vertaling aan te kunnen geven in de dagelijkse begeleiding en bejegening. Daarmee komt de tool tegemoet aan het huidige tekort aan bewustzijn over welke risico's er mogelijk bestaan onder de BW/MO doelgroep, de ervaren handelingsverlegenheid wat betreft het bespreekbaar maken hiervan en het leren integreren van risico denken in het herstel- en krachtgericht werken binnen de BW/MO.

Naast de handleiding voor begeleiders, is er ook een bondige handleiding voor deelnemers opgesteld. Hiermee kunnen deelnemers zichzelf voorbereiden op het gesprek en worden ze meegenomen in waarom dit gesprek in de BW/MO wordt gevoerd en wat ze er aan hebben.

Ook is er een poster met gespreksthema's, die begeleiders als geheugensteun bijvoorbeeld in het kantoor kunnen ophangen.

Het BeRK gesprek is bedoeld voor de gehele BW/MO doelgroep, in diverse settingen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan deelnemers met ernstige psychiatrische aandoeningen en verschillend IQ als ook deelnemers met een specifiek risicoprofiel zoals forensisch, kwetsbaarheid op verschillende gebieden. Binnen woonvoorzieningen, ambulante begeleiding en tussenvarianten hiervan. Het uitgangspunt van het gesprek is groei van de deelnemer binnen diens traject, en hoe de deelnemer zich naar eigen kunnen kan ontwikkelen binnen de BW/MO.

#### Wat is het doel?

Het doel van het gesprek is om samen met de deelnemer meer zicht te krijgen op waar bepaalde risico's liggen voor de deelnemer en waar hij behoefte aan heeft in de begeleiding en bejegening. Daarnaast wordt stilgestaan bij wat er goed gaat, waar iemand zijn krachten liggen en hoe hij deze in kan zetten of ontwikkelen.

#### Wat wordt bedoeld met behoeften, risico's en krachten?

Met behoeften worden alle begeleidingsbehoeften bedoeld die in het traject kunnen bestaan. Het betreft hier de behoeften op de bekende leefgebieden uit het rehabilitatie- en herstelgericht werken die men kent uit ondermeer het Krachtgericht werken, Steunend Relationeel Handelen (voorheen: Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen), de Individuele Rehabilitatiegerichte Benadering en het 8 fasenmodel. Ook krachtgericht werken bestaat al langer en is onderdeel van het rehabilitatie/herstelgericht werken. Voor beide is bovendien al veel evidentie. In de BW/MO organisaties in Nederland wordt hier al vrij lang mee gewerkt. Het inventariseren van krachten wordt daarom niet uitgewerkt in de instructie, maar je leert deze werkwijzen wel mee te nemen in het BeRK gesprek. Het is namelijk de basis van het werken in de BW/MO en erg belangrijk om met iemand te onderzoeken waar zijn behoeften als ook interesses, talenten en hulpbronnen liggen. En hoe deze kunnen worden ingezet in iemands persoonlijke ontwikkel- en re-integratietraject.

Het BeRK gesprek voegt aan deze werkwijzen het risico-denken toe en vertelt je welke risico's/behoeften veel voorkomen onder BW/MO cliënten, hoe je ze kunt bespreken en hoe je ze herstel- en krachtgericht mee kunt nemen in het begeleidingsplan. Voor het BeRK gesprek worden risico's breed gedefinieerd, namelijk: als vormen van gedrag die in het BW/MO traject kunnen zorgen voor problemen voor de deelnemer zelf of diens omgeving. We hebben het dan over risico's die deelnemers veroorzaken als ook over de risico's die deelnemers zelf lopen, door hun eigen gedrag of dat van hun omgeving. Dit varieert van slechte zelfzorg, zelfbeschadiging, misbruik, LVB, slachtofferschap tot crimineel gedrag. Wanneer we in deze handleiding spreken over risico's, bedoelen we dus expliciet niet alleen risico's op gebied van criminaliteit. Het gaat om alle risico's waar deelnemers in de BW/MO mee te maken krijgen en gedrag, situaties of omstandigheden die ervoor kunnen zorgen dat het slechter gaat met iemand.

#### Wat zijn de belangrijkste uitgangspunten (herstel-krachtgericht, shared decision making, motiverende gespreksvoering, forensische rehabilitatie)?

De algemene werkwijze binnen BW/MO's is het bieden van herstelondersteunende zorg. De actuele generieke module Herstelondersteuning van GGZ Standaarden omschrijft herstel als:

*'Een individueel proces waarin mensen veerkracht ontwikkelen, leren omgaan met en het leven weer oppakken na ontwrichtende ervaringen. Het gaat om herstel van identiteit, zelfbeeld, zelfvertrouwen, sociale relaties en sociale rollen die als gevolg van psychische en/of verslavingsproblemen aangetast zijn en omvat meer dan de vermindering van ziekteverschijnselen. In herstelprocessen staan de mogelijkheden en krachten van de*

*mens centraal en hebben zij zelf de regie over hun eigen leven.” (GGZ Standaarden, 2017).*

De hierboven genoemde generieke module geeft een aantal competenties die belangrijk zijn voor begeleiders. Deze competenties kun je inzetten tijdens het gesprek:

- Een attitude van hoop en optimisme
- Present zijn (aandachtig aanwezig)
- Gebruik van je professionele referentiekader op een terughoudende en bescheiden wijze
- Ruimte maken voor, ondersteunen van en aansluiten bij het eigen verhaal van de deelnemer
- Herkennen, stimuleren en benutten van de eigen kracht van de deelnemer
- Ervaringskennis van de deelnemer erkennen, benutten en stimuleren
- Erkennen, benutten en stimuleren van de belangrijke anderen in het leven van de deelnemer die hem ondersteunen
- Gericht zijn op verlichten van het lijden, en vergroten van eigen regie/autonomie (GGZ Standaarden, 2017).

#### *Krachtgericht werken*

Onderdeel van herstelondersteunende zorg is het krachtgericht werken dat in de BW/MO bekend is. De deelnemer kan hiervoor zijn eigen krachten inzetten, zoals talenten, vaardigheden en persoonlijke eigenschappen. Of iets waar hij enthousiast van wordt en graag over praat. Voordat problemen opgelost kunnen worden, moeten dus eerst de krachten in beeld zijn. Iedereen beschikt over persoonlijke krachten (Den Hollander & Wilken, 2021). Het helpt om bijvoorbeeld te vragen: wat heeft er eerder gewerkt voor jou? Wat werkte juist niet? En wat zou er in de huidige situatie kunnen werken? (Pulla, 2017).

Kort benoemen welke thema's er zijn en waar dit op gebaseerd is, opbouw van de thema's uitleggen (rationale, onderwerpen + handvatten voor tijdens het gesprek)? Voor de ontwikkeling van het BeRK gesprek zijn de behoeften en risico's onder de BW/MO doelgroep geïnventariseerd in de wetenschappelijke literatuur. Op basis van dit literatuuronderzoek zijn elf thema's opgesteld:

- Wonen
- Leefstijl
- Dagritme, School en Werk
- Geld & Administratie
- Mentale gezondheid
- Lichamelijke gezondheid
- Relaties & Seksualiteit
- Slachtofferschap
- Politie en Justitie
- Agressie
- Verslaving

Ruimte voor vragen

## **2. Kaartensysteem en gespreksbord uitleggen – 20 minuten**

- Gesprekskaarten, behoefte-/risicokaarten en krachtenkaarten uitleggen
- Hoe formuleer je een stelling voor op de kaart→voorbeeld dia
- Wat te doen als begeleider en cliënt het niet eens zijn? Motiverende gespreksvoering en Shared Decision Making kort benoemen.  
Motiverende gespreksvoering is een op samenwerking gerichte gesprekstijl waarin je samen met de cliënt op verkenning gaat. Het doel van de methodiek is de persoonlijke motivatie voor, en de toewijding om een bepaalde verandering te maken te versterken. Het past daarmee goed bij een gesprek over behoeften, risico's en krachten. Het helpt om het gesprek vanuit een gelijkwaardig dialoog te voeren en de deelnemer daarbij in de regie te houden. Je ondersteunt de cliënt met het zelf formuleren waar hij tegenaan loopt en waar hij behoefte aan heeft. Samen beslissen: Uitleggen wat te doen als je het niet eens wordt; motiverende gespreksvoering, werken met initialen als je denkt dat iets wel meegenomen moet worden ook al ziet de deelnemer dit zelf anders. Kan ook andersom; initialen van deelnemer.
- Vertaling uitkomsten gespreksbord naar begeleidingsplan en signaleringsplan (gespreksbord op groot formaat uitprinten).
- Signaleer of er directe actie nodig is of een extra contactmoment n.a.v. wat er is besproken
- Deelnemersuitleg toelichten
- Ruimte voor vragen

## **3. Doorlopen thema's (PowerPoint) – 45 minuten**

Per thema de diepte in wat het thema inhoudt en welke onderwerpen daar vanuit de literatuur bij horen. Waarom het belangrijk is dit thema te bespreken en voorbeelden van risico's, behoeften of krachten die bij het thema kunnen horen. Hierbij gebruik maken van de handleiding.

Ruimte voor vragen, interactief maken door te vragen of het herkenbare onderwerpen en voorbeelden zijn. Wat zijn de ervaringen van de begeleiders?

15 minuten pauze, eventueel op de helft van de themabespreking al even pauze in plaats van daarna.

## **4. Rollenspellen – 45 minuten**

- Achtergrondverhaal voor degene die de deelnemer speelt.
- Thema toewijzen en in duo's uit elkaar. Doel is feeling krijgen met het vragen naar risico's, behoeften en krachten en dit vertalen naar het kaartensysteem.
- Plenair ervaringen uitwisselen.

## **5. Afsluiting – laatste vragenronde – 15 minuten**

## **Bijlage 6 Ledenlijst expert- en klankbordgroep**

### *Experts*

Michiel de Vries Robbé – Senior onderzoeker *Amsterdam VUmc* en ontwikkelaar Risicoscreener en SAPROF

Jacqueline Bosker – Lector Werken in Justitieel Kader, Kenniscentrum Sociale Innovatie en master Forensisch Sociale Professional *Hogeschool Utrecht*

### *Klankbordgroep*

Daan Mosterd – Regioadviseur zorgontwikkeling en kwaliteit *Kwintes*

Jeroen Groen – Onderzoeker met ervaringsdeskundigheid *Meetellen Amsterdam*

Suzanne van Dijk – Teammanager forensische zorg *HVO Querido*

Claartje van Dijck – Jobcoach *HVO Querido*

Toon Walravens – Beleidsadviseur en ervaringsdeskundige *De Woenselse Poort*

Marleen Zonneveld – Persoonlijk begeleider *HVO Querido*

Jan Lieuwma – Reclasseringswerker *Reclassering Nederland*

Agnes Krajewska – Gedragsdeskundige/vakgroep forensische zorg *HVO Querido*

Manon ten Hoove – Regioadviseur zorgontwikkeling en kwaliteit *Kwintes*

Else Koers – Persoonlijk begeleider en projectleider *Kwintes*

Sibel Özen – Persoonlijk begeleider *HVO Querido*

Britt Huijpen-Mparadzi – Strategisch adviseur *HVO Querido*

Joris Meeuwissen – Beleidsmedewerker *stichting Exodus Nederland*

Dorie Pols – Persoonlijk begeleider en coördinator *stichting Exodus Nederland*