



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling

A photograph showing a man in a dark hoodie sitting on a wooden bench, engaged in conversation with a man in a blue uniform and cap. The man in the uniform is seen from the side, with his hand near his face. The background includes a window with blinds and a dark curtain.

Sociotherapeut in de forensische zorg

Sociotherapeut in de forensische zorg

Auteurs: Maaïke Kluft, Judith van de Haterd
Eindredactie: afdeling communicatie MOVISIE
Fotografie: Hollandse Hoogte
Vormgeving: Avant la lettre, Utrecht
Drukwerk: AD Druk
ISBN: 978-90-8869-055-6
Bestellen: www.movisie.nl

Overname van informatie uit deze publicatie is toegestaan onder voorwaarde van de bronvermelding: © MOVISIE, kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling.

Oktober 2010

Dit profiel is tot stand gekomen met subsidie van het ministerie van Justitie.

Maaïke Kluft
Judith van de Haterd

Voorwoord

"De kenniseconomie vraagt meer naar kennis die de vorm aanneemt van een persoonlijke bekwaamheid."

Prof. dr. Joseph Kessels (2005)

De forensische zorg is een dynamisch veld. Veranderende wet- en regelgeving, maatschappelijke druk en toename van comorbiditeit zijn voorbeelden van ontwikkelingen, waarmee de forensische zorg te maken heeft. Binnen de forensische zorg werken verschillende beroepsgroepen aan de behandeling van tbs-gestelden om het delictgevaar terug te dringen of te beheersen. Een belangrijke functie hierin is weggelegd voor de sociotherapeut, die met name vanuit een agogische blik zijn expertise inzet.

Wat een sociotherapeut in de forensische zorg moet kennen en kunnen is vastgelegd in het competentieprofiel dat u nu in handen heeft. Dit competentieprofiel is ontwikkeld in opdracht van het ministerie van Justitie in nauwe samenwerking met GGZ Nederland. Aanleiding voor het maken van een competentieprofiel was één van de aanbevelingen van de parlementaire commissie-Visser: "Er zijn meer beroepsopleidingen gewenst die specifiek gericht zijn op het werken in de forensische psychiatrie. De inhoud van de opleidingen moet beter aansluiten op de vraag en de praktijk in de sector."

Uit een inventarisatie van het ministerie van Justitie in 2009 bleek vooral voor de sociotherapeuten de aansluiting tussen onderwijs en de behoefte van het werkveld voor verbetering vatbaar. In dit competentieprofiel zijn de noodzakelijke kennis, een professionele houding en benodigde vaardigheden beschreven om in de specifieke werkcontext van de forensische zorg als sociotherapeut kwalitatief hoogstaand werk te kunnen afleveren.

Het competentieprofiel is het eindproduct van een inspirerend project waaraan verschillende deskundigen uit de forensische zorg hebben meegewerkt. Voor de ggz-sector en de forensische instellingen is het competentieprofiel tegelijkertijd een startdocument om te zorgen dat de noodzakelijke competenties voor sociotherapeuten worden geborgd binnen het onderwijs-/opleidingsveld. Bovendien is het van waarde voor de forensische instellingen, die het kunnen gebruiken bij het eigen HRM-beleid. En dat alles met een belangrijk doel: om nu én in de toekomst binnen het forensische veld te kunnen beschikken over goed gekwalificeerde sociotherapeuten.

Jos de Beer

Directeur GGZ Nederland

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1 Inleiding	9
1.1 Ontwikkeling van het competentieprofiel	11
1.2 Leeswijzer	11
2 Plaatsbepaling	13
2.1 Forensisch werkveld	14
2.2 Relevante ontwikkelingen in de forensische zorg	16
2.3 Sociotherapie in de forensische zorg	17
2.4 Niveaus van beroepsuitoefening	19
3 Taken	23
3.1 Patiëntgebonden taken	25
3.2 Organisatiegebonden taken	30
3.3 Professiegebonden taken	31
4 Kritische situaties	33
5 Competenties en kennis	37
5.1 Generieke competenties	40
5.2 Specifieke competenties	47
5.3 Kennisgebieden	51
6 Bijlagen	57

Samenvatting

Taken

Patiëntgebonden taken

- A. Contact leggen en oriënteren
- B. Analyseren
- C. Coördineren van de zorg
- D. Creëren en hanteren van het therapeutisch leefklimaat
- E. Uitvoeren van individuele deelbehandelingen
- F. Bijdragen aan verzorging
- G. Veiligheid waarborgen
- H. Rapporteren en evalueren
- I. Samenwerken op de leefgroep

Organisatiegebonden taken

- J. Bijdragen aan het optimaal functioneren van de organisatie
- K. Bijdragen aan beleidsontwikkeling

Professiegebonden taken

- L. De deskundigheid bevorderen
- M. Kwaliteit van het werk ontwikkelen
- N. De beroepsuitoefening professionaliseren en profileren

Kritische situaties

1. Afwegen tussen behandelen of beveiligen
2. Professioneel handelen in een kritische situatie
3. Motiveren van patiënten in de forensische zorg
4. Beperkte van mogelijkheden accepteren
5. Balanceren tussen betrokkenheid en distantie
6. Afspraak en afstemming tussen collega's
7. Omgaan met emoties

Competenties

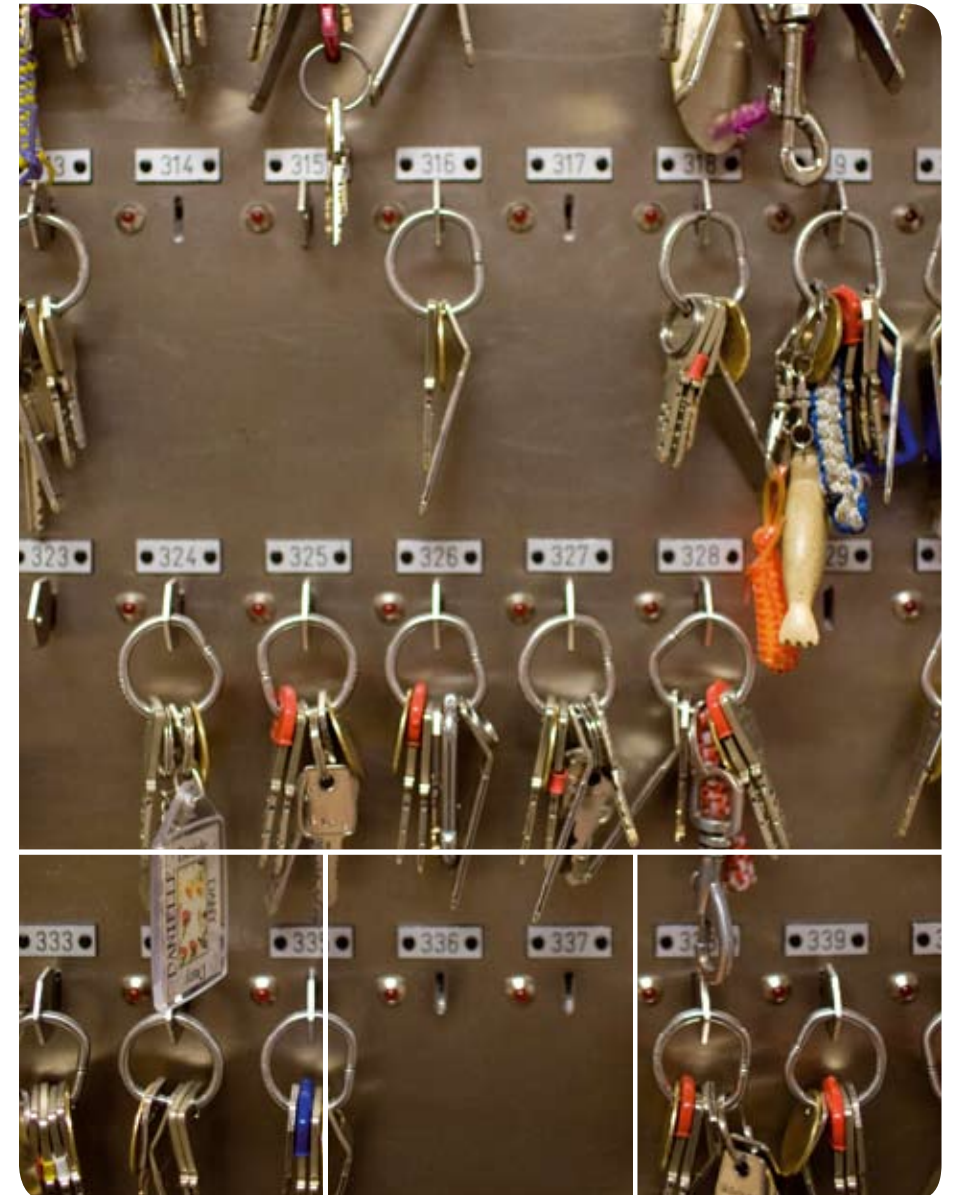
Generieke competenties

- A. Legt contact en heeft contact
- B. Brengt de situatie in kaart
- C. Plant en organiseert
- D. Werkt effectief samen in een team
- E. Werkt methodisch verantwoord
- F. Reflecteert op het eigen handelen
- G. Bewaakt zijn eigen arbeidsomstandigheden

Specifieke competenties

- H. Kan omgaan met patiënten in de forensische zorg
- I. Creëert de veiligheid
- J. Motiveert tot gedragsverandering
- K. Creëert een therapeutisch leefklimaat in de forensische zorg
- L. Begeleidt individueel

1 Inleiding



Na enkele ernstige incidenten met tbs-gestelden op verlof besloot de Tweede Kamer in 2006 een onderzoek te doen naar het functioneren van het tbs-systeem. De parlementaire onderzoekscommissie, de commissie-Visser, kwam tot de conclusie dat het tbs-systeem over het algemeen aan zijn taakstelling voldoet, maar dat de uitvoering aangepast moet worden aan actuele ontwikkelingen en juridische eisen van deze tijd.

Op 10 oktober 2006 heeft de minister van Justitie een plan van aanpak aan de Kamer gestuurd waarin de aanbevelingen van de commissie-Visser zijn vertaald in maatregelen die het tbs-systeem moeten verbeteren en de instroom, doorstroom en uitstroom moeten verbeteren, zodat het systeem niet verstopt raakt. Het plan van aanpak wordt momenteel uitgevoerd. Een van de aanbevelingen (nummer 15) van de commissie-Visser was: "Er zijn meer beroepsopleidingen gewenst die specifiek gericht zijn op het werken in de forensische psychiatrie. De inhoud van de opleidingen moet beter aansluiten op de vraag en de praktijk in de sector."

De commissie-Visser had haar aanbevelingen gedaan in 2006 en sindsdien is het aantal opleidingen gericht op de forensische psychiatrie toegenomen. Het ministerie van Justitie heeft een inventarisatie uitgevoerd over de vraag of dit aanbod voldoende was en of het voldeed aan de vraag vanuit het tbs-werkveld. De conclusie was dat op het niveau van de sociotherapeuten de aansluiting tussen het onderwijs en behoefte van het werkveld als onvoldoende wordt ervaren. Op dit moment lossen individuele instellingen dit probleem ieder op eigen wijze op. Daarbij wordt er weinig samengewerkt.

Vanuit het ministerie van Justitie is in samenspraak met diverse partijen uit de forensische zorg, besloten om een landelijk competentieprofiel voor de sociotherapeut in de forensische zorg te ontwikkelen. Dit competentieprofiel is de eerste stap in de versterking van de functie 'sociotherapeut in de forensische zorg'.

In het algemeen dient het competentieprofiel om de herkenbaarheid en inzichtelijkheid van het werk van de sociotherapeut te vergroten en de kwaliteitsaspecten van het werk te waarborgen en te controleren. Meer specifiek kan het competentieprofiel op de volgende manieren worden ingezet:

- * het competentieprofiel kan door initiële en postinitiële opleidingen worden gebruikt als informatiebron voor scholing en opleidingen voor sociotherapeuten in de forensische zorg;

- * als instrument voor personeelsbeleid, zoals werving en selectie, personeelsontwikkeling (POP), beloningsbeleid, carrièreplanning, loopbaanontwikkeling et cetera;
- * als referentiekader voor de (ervaren) sociotherapeut om zijn eigen functioneren te toetsen, te ontwikkelen en te onderhouden;
- * als middel om de discussie over de ontwikkeling van het vak te voeren;
- * als een belangrijk visitekaartje om het imago van het werk te versterken en te profileren naar doelgroepen, financiers, andere beroepsgroepen en ketenpartners;
- * om voorlichting te geven over het vak van sociotherapeut in de forensische zorg en als informatiebron voor toekomstige sociotherapeuten in de forensische zorg.

1.1 Ontwikkeling van het competentieprofiel

Een profiel kan niet gemaakt worden vanachter het bureau. Het komt door middel van verschillende methoden tot stand. Voor dit profiel zijn de volgende werkzaamheden verricht:

- * documentenanalyse;
- * een inhoudelijke bijeenkomst met sociotherapeuten afkomstig uit uiteenlopende werksituaties, een bijeenkomst met managers en een bijeenkomst met experts (voor namen van de deelnemers zie bijlage);
- * drie interviews (voor namen respondenten zie bijlage);
- * drie platformbijeenkomsten (voor namen deelnemers zie bijlage);
- * een schriftelijke commentaaronde onder de deelnemers aan de inhoudelijke bijeenkomsten.

Het competentieprofiel sluit aan bij de beroepenstructuur¹ voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang. Deze is vastgesteld in 2006 en beschrijft de meest voorkomende beroepsgroepen en hun varianten in zorg en welzijn.

1.2 Leeswijzer

Het competentieprofiel is als volgt opgebouwd. Als eerste is een samenvattend overzicht gegeven van alle taken, kritische situaties en competenties die bij de sociotherapeut in de forensische zorg horen. Deze taken, kritische situaties en competenties worden in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt. In hoofdstuk 1 is de aanleiding voor het com-

¹ Vlaar, P, M. van Hattum, C. van Dam, R. Broeken. (2006). Klaar voor de toekomst. Een nieuwe beroepenstructuur voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang. Utrecht: NIZW.

petentieprofiel besproken en hoe het profiel tot stand is gekomen. Hoofdstuk 2 geeft een beschrijving van het forensische werkveld en de ontwikkelingen daarbinnen. Tevens wordt een beroepsbeschrijving gegeven van sociotherapie in de forensische zorg. Dit is een globale omschrijving van het werk, de beroepscontext en het niveau van beroepsuitoefening.

In hoofdstuk 3 wordt stilgestaan bij de taken van de sociotherapeut in de forensische zorg. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen patiëntgebonden, organisatiegebonden en professiegebonden taken. In de praktijk zal blijken dat de sociotherapeut bij de uitvoering van de taken steeds afwegingen moet maken. In iedere situatie dienen zich andere dilemma's, keuzen, problemen, spanningsvelden en kansen aan, waarvoor van de sociotherapeut een oplossing en een aanpak wordt verwacht. In hoofdstuk 4 besteden we aandacht aan deze kritische situaties in de beroepsuitoefening.

Een belangrijk deel van het profiel wordt gevormd door de competenties, die beschreven zijn in hoofdstuk 5. Competenties kunnen worden gezien als de bagage, die de sociotherapeut in huis moet hebben om zijn taken goed uit te voeren en adequaat te handelen. De competenties zijn ingedeeld in generieke competenties, die vrij algemeen zijn voor de beroepskracht in de welzijnssector, en vervolgens de specifieke competenties, die specifiek zijn voor de sociotherapeut in de forensische zorg. Ten slotte worden in hoofdstuk 5 de verschillende kennisgebieden apart toegelicht.

Voor de leesbaarheid hanteren we in dit profiel voor beroepskrachten en cliënten de mannelijke vorm. Waar 'hij' of 'hem' staat, kan ook 'zij' of 'haar' gelezen worden.

2 Plaatsbepaling



Voordat we de taken, kritische situaties en competenties van de sociotherapeut in de forensische zorg beschrijven, schetsen we een algemener beeld van deze professional. Hoe ziet het werkveld eruit en welke psychiatrische stoornissen zijn kenmerkend voor de patiënten? In paragraaf 2.2 wordt kort ingegaan op de meest recente ontwikkelingen. Daarna wordt er dieper ingegaan op de kern van sociotherapie in de forensische zorg.

2.1 Forensisch werkveld

Op het raakvlak van de geestelijke gezondheidszorg met Justitie bevindt zich de forensische psychiatrie. De forensische psychiatrie houdt zich bezig met personen die van de rechter een vrijheidsbeperkende maatregel hebben gekregen, in combinatie met gedwongen verpleging en behandeling. De terbeschikkingstelling (tbs) is hiervan de meest bekende vorm. Hierbij wordt de patiënt behandeld in een gesloten instelling. Het doel van deze vrijheidsbeperkende maatregel is enerzijds bescherming van de maatschappij en anderzijds behandeling van de patiënt².

Tbs is een maatregel voor mensen die een zwaar misdrijf hebben gepleegd, waarvoor zij door een rechter volledig of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Het misdrijf wordt hen niet (volledig) aangerekend omdat zij lijden aan een persoonlijkheidsstoornis en/of een andere ernstige psychiatrische stoornis. Omdat de stoornis heeft bijgedragen aan het plegen van het delict, kan er gevaar voor herhaling bestaan.

Tbs-patiënten krijgen tijdens hun verblijf in de kliniek een behandeling die is afgestemd op hun stoornis en hun persoonlijkheid. Verlofbewegingen zijn een essentieel onderdeel van het behandelingsplan. Na een meestal intensieve intramuraal behandeling volgt de resocialisatiefase waarin uiteindelijk proefverlof wordt verleend. In deze fase wordt als het ware getoetst of de behandeling geslaagd is en de patiënt dus zijn eigen verantwoordelijkheden kent, voldoende zelfstandig is geworden en voldoende betrouwbaar is (www.efp.nl).

Psychiatrische stoornissen in het forensisch veld

De psychiatrische problematiek van patiënten in tbs-klinieken is complex. Een groot deel van de patiënten lijdt aan meerdere stoornissen, terwijl eveneens een groot aantal

patiënten verslaafd is aan drugs of alcohol, of ernstige delicten heeft gepleegd onder invloed van dergelijke middelen. Verslaving verergert doorgaans de symptomen van de stoornis. Het komt ook voor dat patiënten licht verstandelijk gehandicapt zijn. In de geestelijke gezondheidszorg wordt een instrument gebruikt om stoornissen vast te stellen en te definiëren: de Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Hieronder wordt een korte toelichting op de DSM IV gegeven en staat een beknopt overzicht van de belangrijkste psychiatrische stoornissen in het forensisch veld, gemaakt op basis van de informatie op de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (www.efp.nl).

Seksuele en psychotische stoornissen

Een groep van de As-I stoornissen die veelvuldig gezien wordt onder tbs-patiënten zijn psychotische stoornissen:

- * schizofrenie
- * schizofreniforme stoornis
- * schizoaffectieve stoornis
- * waanstoornis
- * acute psychotische stoornis
- * gedeelde psychotische stoornis
- * psychotische stoornis door een somatische aandoening
- * psychotische stoornis door middelengebruik
- * psychotische stoornis niet anderszins omschreven (restgroep)

De seksuele stoornissen zijn binnen de DSM-IV in drie categorieën ondergebracht:

- * seksuele dysfuncties
- * parafilieën (o.a. exhibitionisme, pedofilie en sadisme)
- * gender-identiteitsstoornissen.

In de forensische psychiatrie neemt de tweede categorie, parafilieën, de grootste en belangrijkste plaats in omdat een aantal van deze parafilieën strafbaar zijn.

Persoonlijkheidsstoornissen

Cluster A - vreemd of excentriek gedrag

- * paranoïde persoonlijkheidsstoornis
- * schizoïde persoonlijkheidsstoornis
- * schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Cluster B - overdreven, emotioneel of onconventioneel gedrag

- * antisociale persoonlijkheidsstoornis
- * borderline persoonlijkheidsstoornis
- * theatrale persoonlijkheidsstoornis
- * narcistische persoonlijkheidsstoornis

² In dit profiel hanteren we de term patiënt omdat dit de meest voorkomende term is. In organisaties of afdelingen binnen de forensische zorg worden echter ook de termen cliënt en bewoner gebruikt.

Cluster C - gespannen of angstig gedrag

- * ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
- * afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
- * obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis (niet te verwarren met de obsessief-compulsieve stoornis)

Uit onderzoek blijkt dat onder tbs-patiënten cluster B persoonlijkheidsstoornissen het meeste voorkomen (66%), gevolgd door cluster A persoonlijkheidsstoornissen (29%) en cluster C persoonlijkheidsstoornissen (22%). Binnen het cluster B komt de antisociale persoonlijkheidsstoornis het vaakst voor (45%), gevolgd door de narcistische (26%), de borderline (24%) en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis (18%) (Bron: Hildebrand & De Ruiter, 2004).

2.2 Relevante ontwikkelingen in de forensische zorg

Ontwikkelingen in de samenleving en binnen de sector hebben invloed op de taken en competenties van de sociotherapeut in de forensische zorg. We noemen kort enkele ontwikkelingen.

In de maatschappij is sprake van wegvallende steun en negatieve beeldvorming over de forensische zorg waar de sector een goed antwoord op moet vinden. Sociotherapeuten moeten de ambitie hebben om die patiënten te ondersteunen en motiveren waarvan in de publieke opinie en door familie, vrienden en bekenden van de sociotherapeut nogal eens met afkeer over wordt gesproken.

In de Nederlandse samenleving krijgen media een steeds grotere rol en in het politiek systeem worden individuen en hype steeds belangrijker (Van Vliet et al., 2004). Incidenten zijn voorpaginanieuws en beïnvloeden de politieke opinie en besluitvorming. In de maatschappij bestaat behoefte aan sneller ingrijpen. Er is een toenemend geloof dat alle incidenten in de maatschappij voorkomen kunnen worden (niet alleen met tbs'ers op verlof, zie ook Schipholbrand, incidenten in de jeugdzorg etc.).

De instelling wordt verantwoordelijk gesteld voor de risico's en garanties over veiligheid worden geëist. Zo wordt druk gelegd op behandelaars om risico's uit te sluiten. Als vervolgens verlopen ingetrokken worden, behandelingen langer duren en meer patiënten in de kliniek verblijven is de ergernis en het onbegrip van patiënten merkbaar op de groep. Uit onderzoek blijkt dat het verschil tussen professionele forensische kennis en de maatschappelijke druk tot meer repressie na incidenten, spanningsverhogend is voor het werk van sociotherapeuten (Mason e.a. in Fluttert, 2010 in press).

Aan de andere kant drogen de wachtlijsten op omdat de behandelingen lang duren. Verdachten weigeren psychologisch onderzoek om een tbs maatregel te vermijden. Hun onderliggende problematiek blijft echter bestaan. De forensische zorgaanbieders zelf vinden ook dat de gemiddelde behandelduur te lang is. Er wordt landelijk samengewerkt om de behandelduur te bekorten en patiënten en hun advocaten zicht te geven op de behandelduur. Ook de zorg aan gedetineerden met een psychische stoornis is sterk in ontwikkeling en wordt momenteel gecentraliseerd in Penitentiaire Psychiatrische Centra (PPC).

Aan de vraagkant zien we dat patiënten in de forensische zorg meer divers worden. Er is een toename van patiënten met verslaving en er is meer aandacht voor verstandelijke beperkingen en patiënten met een autismespectrumstoornis. De ontwikkeling dat patiënten mondig worden is ook in de forensische zorg merkbaar. Patiënten zijn op de hoogte van hun rechten en inspraak door patiënten is professioneler georganiseerd binnen veel organisaties.

Binnen de sociotherapie worden sinds de jaren '80 inzichtgevende interventies steeds belangrijker dan louter therapeutische relaties. Vanaf de jaren '90 wordt sociotherapie meer systematisch en procesmatig toegepast en maakt nadrukkelijk deel uit van het multidisciplinair behandelteam. Zorgplanning, de toepassing van (signalering)plannen en het gebruik van methoden en instrumenten raken meer ingebed en dragen bij aan een professionele ontwikkeling die beter aansluit bij evidencebased kennis. Overigens zijn deze ontwikkelingen vervlochten met het supportieve model vanuit het besef dat cognitieve reflecties ingebed moeten zijn in dagelijkse therapeutische leef- en leerervaringen (Fluttert, 2010 in pres).

Binnen de forensische zorg is de administratieve druk toegenomen, de zorg wordt efficiënter ingezet op risicogedrag en er wordt meer vraaggericht gewerkt. Wet- en regelgeving veranderen regelmatig en met het elektronisch patiëntendossier en elektronische beveiligingssystemen neemt het gebruik van ICT in het werk verder toe. Sociotherapeuten in de forensische zorg moeten inspelen op deze ontwikkelingen.

2.3 Sociotherapie in de forensische zorg

Op basis van de definitie van sociotherapie van de Vereniging ter Bevordering Sociotherapie (1993) hanteren we de volgende definitie van sociotherapie in de forensische zorg: Sociotherapie in de forensische zorg is het methodisch hanteren van het leefmilieu en het toepassen van behandelstrategieën bij patiënten die gedwongen opgenomen zijn vanwege een delict dat gepleegd is in relatie tot een psychische stoornis. Doel is het bereiken van de behandeldoelen van de individuele patiënt gericht op het beheersen of terugdringen van delictgevaarlijkheid om integratie in de maatschappij te bevorderen of, indien dit niet mogelijk is, in een beveiligde omgeving de delictgevaarlijkheid controleerbaar en beheersbaar te houden.

Sociotherapeuten in de forensische zorg werken in de gedwongen hulp- en dienstverlening in forensisch psychiatrische klinieken (FPK), centra (FPC) en op afdelingen (FPA). In de FPC's werken sociotherapeuten ook op longstay afdelingen en transmurale afdelingen. Op de longstay afdelingen verblijven de patiënten die zijn uitbehandeld, maar nog steeds verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar zijn. In de praktijk betekent longstay vrijwel altijd 'levenslang' verblijf in het centrum. De transmurale afdeling is een overgangspek tussen het verblijf in de tbs-kliniek en een zelfstandig leven of een verblijf in een niet-justitiële instelling.

Intern zijn sociotherapeuten het grootste deel van de dag werkzaam op de leefgroep. De leefgroep is niet alleen de plek waar de patiënten wonen, maar het is ook de behandelgroep en de plaats waar de patiënten leren omgaan met zichzelf en anderen in het dagelijkse leven. Vanuit de visie van de sociotherapeut ontstaan problemen bij de patiënt voor een aanzienlijk deel door spanningen tussen de patiënt en zijn omgeving. De sociotherapeut legt dus de nadruk op deze wisselwerking en leert de patiënt adequaat omgaan met situaties waarin de spanningen ontstaan. Zijn werk is dus vooral gericht op de interpsychische processen en interactie (Tol, 1994).

Hoewel de sociotherapeut continu bezig is met groepsprocessen, is individuele gedragsverandering bij de patiënt waar de sociotherapeut door middel van behandeling, verzorging en beveiliging naar streeft. De sociotherapeut zet het dagelijks leven en het dagelijks omgaan met elkaar in, om informatie te krijgen over de mogelijkheden en beperkingen van individuele patiënten. Op deze mogelijkheden en beperkingen stemt de sociotherapeut zijn interventies af. De interventies kunnen heel divers zijn, maar zijn over het algemeen te omschrijven als overzichtelijke en gedoseerde leersituaties, waardoor de patiënten hun gedrag leren aan te passen aan de algemene normen en waarden van de samenleving. De sociotherapeut is zelf het behandelinstrument. Dat beperkt zich niet tot gepaste tijden, tot de mentorgesprekken of het begeleiden van verlof of activiteiten. Ze hebben letterlijk voortdurend een voorbeeldfunctie.

Een leersituatie kan een individuerichte interventie omvatten, zoals het nemen van verantwoordelijkheid ten aanzien van persoonlijke verzorging of het nemen van verantwoordelijkheid in het eigen delictgerelateerde gedrag. Een leersituatie kan ook het volgen van een groepstherapie zijn of het stimuleren dat patiënten verantwoordelijkheden nemen tegenover elkaar. Doordat er in de kliniek of instelling vaak veel patiënten zijn met een overeenkomstige problematiek, wordt er veel gebruik gemaakt van groepsgerichte therapieën, cursussen en interventies. Het doel is echter nog steeds het stabiliseren van psychische problematiek, het verbeteren van het (interpersoonlijk) gedrag en (optimale) ontplooiing van de individuele psychiatrische patiënt.

De sociotherapeut in de forensische zorg heeft in essentie dezelfde taken als de sociotherapeut in bijvoorbeeld een psychiatrisch ziekenhuis. Toch zijn er twee fundamentele verschillen in de forensische zorg die van grote invloed zijn op de manier van werken. Ten eerste is de patiënt in de forensische zorg onvrijwillig opgenomen en ten tweede was deze patiënt ten tijde van een gepleegd delict verminderd toerekeningsvatbaar of volledig ontoerekeningsvatbaar. De meeste patiënten in de forensische zorg hebben problemen in het samenleven met anderen en voelen zich snel onmachtig, minderwaardig of bedreigd. Om zich te handhaven gaan zij vaak over de grenzen van de ander heen. Bij de patiënten in de forensische zorg is er dus sprake van delictgevaar, terwijl daarvan geen sprake hoeft te zijn bij patiënten in semigesloten of vrijwillige instellingen.

2.4 Niveaus van beroepsuitoefening

Sociotherapie is een discipline en geen beroepsgroep. Een sociotherapeutisch team bestaat vaak uit medewerkers met diverse opleidingsachtergronden zoals maatschappelijk werk, sociaal pedagogische hulpverlening, verpleegkunde (HBO-V of MBO-V) met de differentiatie psychiatrie, (HBO) psychologie en penitentiair inrichtingswerk. Regelmatig hebben de sociotherapeuten binnen de opleiding of daarna een specialisatie richting in de forensische psychiatrie of sociotherapie gedaan. Het voordeel van de diverse opleidingsachtergronden is dat sociotherapie vanuit verschillende visies bedreven wordt. Het nadeel is echter dat er voor sociotherapie geen erkende beroepsopleiding is. Wel worden er in toenemende mate door verschillende klinieken en Hogescholen gezamenlijke forensische (deel)opleidingen ontwikkeld (Fluttert, 2010 in press).

Voor een goede hulp- en/of dienstverlening van sociotherapeuten aan patiënten en voor het functioneren als sociotherapeut in een organisatie is een duidelijke bepaling van het niveau waarop de sociotherapeut werkt noodzakelijk. Een goede niveaubepaling heeft ook als doel dat er evenwicht is tussen draaglast en draagkracht, dat de sociotherapeut voldoening uit zijn werk haalt en dat de sociotherapeut zich binnen zijn mogelijkheden kan ontwikkelen.

In competentieprofielen worden doorgaans typeringingen opgenomen van de niveaus waarop de functie voorkomt. Er is onderzoek gedaan naar de verschillende niveaus van beroepsuitoefening die in de praktijk voorkomen. Deze lopen niet helemaal synchroon met opleidingsniveaus. Op de volgende pagina worden de twee niveaus van beroepsuitoefening beschreven die het werkveld onderscheidt binnen de sociotherapie in de forensische zorg³. Deze niveaus van beroepsuitoefening hebben alleen betrekking op uitvoerende functies en niet op leidinggevende functies.

³ In bijlage 1 van dit profiel staan alle niveaus van beroepsuitoefening beschreven. De niveaus lopen van A (assisteren) t/m E (onderzoek en inhoudelijke expertise en metacoördinatie). Sociotherapeuten in de forensische zorg werken op niveau C en D.

Niveau C / ontwerpen en uitvoeren

Werkt in complexe situaties door de kenmerken van de doelgroep. Moet handelen ondanks dat er fysieke risico's aan verbonden zijn. Voert opdrachten zelfstandig uit. Neemt beredeneerd beslissingen en bedenkt zelf oplossingen binnen zijn eigen beroepsmatig handelen. Deelt de eigen werkzaamheden in, kiest methode en werkwijze om een situatie aan te pakken en stelt zelf prioriteiten. Past kennis en vaardigheden toe in uiteenlopende werksituaties. Bedenkt creatieve oplossingen binnen en buiten de eigen werksituatie.

Niveau D / inhoudelijke regie voeren en uitvoeren

Werkt in hoogcomplexe situaties. Moet handelen ondanks dat er fysieke risico's aan verbonden zijn. Voert de regie bij het uitvoeren van opdrachten. Is aanspreekbaar op de aanpak, de coördinatie, de continuïteit en op het resultaat. Verantwoordelijk voor de organisatie van de zorg rond individuele patiënten of groepen patiënten. Vertaalt kennis en vaardigheden naar een aanpak met andere disciplines. Bedenkt oplossingsstrategieën bij meervoudig complexe vragen.

De functies op niveau C hebben over het algemeen een andere naam dan sociotherapeut, bijvoorbeeld sociotherapeutisch medewerker.

Beginnend - vakvolwassen

In dit profiel worden taken, kritische situaties en competenties van de sociotherapeut in de forensische zorg beschreven. In principe gaat het dan om de competenties waarover een vakvolwassen sociotherapeut zou moeten beschikken om zijn werk adequaat te kunnen doen. We gaan er vanuit dat een beginnend beroepsbeoefenaar – degene die na zijn studie start als sociotherapeut – nog niet beschikt over alle hier beschreven competenties.

Starters hebben een brede basis als het gaat om sociaalagogische kennis en vaardigheden, ze hebben een beroepsidentiteit - houding - ontwikkeld en hebben via stages of eerdere werkervaring al enige praktijkervaring opgedaan. Men mist echter nog vaak de meer specifieke nuances in de kennis en kunde voor het betreffende werkveld. Om een vakbekwame (of expert) beroepsbeoefenaar te worden, dient men een langere periode werkzaam te zijn in een bepaalde sector. Gedurende deze periode groeit men tot vakbekwaamheid door ervaring op te doen – men leert in de praktijk - maar ook door het volgen van postinitieel onderwijs, learning-on-the-job en deskundigheidsbevordering op de werkplek zelf (begeleiding, praktijktraining, supervisie, intervisie etc.). Die activiteiten zijn gericht op het opdoen en verdieping van praktijkervaring en het verwerven van competenties die nodig zijn voor functievervulling, specialisatie en verdere differentiatie.

MOVISIE Beroepsontwikkeling heeft in de jeugdzorg en de welzijnssector onderzoek gedaan naar werkervaring. Het al dan niet hebben van werkervaring heeft veel consequenties voor de manier waarop een beroepskracht zijn werksituatie ziet, deze analyseert,

beslissingen neemt, hoe hij zich voelt en handelt. De volleerde beroepskracht ziet samenhang en kan complexe en meeromvattende problemen aan. Hij onderscheidt de belangrijkste kenmerken en richt zijn handelen daarop. Hij is daardoor sneller en flexibeler in zijn handelen dan de beginnende beroepskracht. Hij weet welk gedrag of welke situatie hij kan verwachten, voelt verslechtering of problemen aan en anticipeert hierop. Hij heeft een visie en inspireert anderen. Voor het werk van de sociotherapeut in de forensische zorg is dit alles van groot belang.

3 Taken



De taken van de sociotherapeut in de forensische zorg geven inzicht in het dagelijkse werk op de leefgroep in forensisch psychiatrische klinieken, centra en afdelingen. De taken in dit hoofdstuk worden uitgesplitst in samenhangende activiteiten, die kenmerkend zijn voor het vak. Zo wordt een helder beeld gegeven van alle werkzaamheden van de sociotherapeut in de forensische zorg. We onderscheiden de volgende taakgebieden.

Patiëntgebonden taken

Patiëntgebonden taken zijn taken die direct te maken hebben met de behandeling en/of dienstverlening aan de patiënt en waarbij dus veelal contact met de patiënt bestaat.

- A. Contact leggen en oriënteren
- B. Analyseren
- C. Coördineren van de zorg
- D. Creëren en hanteren van het therapeutisch leefklimaat
- E. Uitvoeren van individuele deelbehandelingen
- F. Bijdragen aan verzorging
- G. Veiligheid waarborgen
- H. Rapporteren en evalueren
- I. Samenwerken op de leefgroep

Organisatiegebonden taken

Organisatiegebonden taken zijn taken die te maken hebben met het functioneren in de organisatie en het functioneren van de organisatie waar de beroepskracht werkzaam is, zoals meedenken over beleid.

- J. Bijdragen aan het optimaal functioneren van de organisatie
- K. Bijdragen aan beleidsontwikkeling

Professiegebonden taken

Professiegebonden taken zijn taken die te maken hebben met de ontwikkeling van de beroepskracht in zijn beroep of functie. Ook zijn het taken die te maken hebben met de ontwikkeling van het beroep of de beroepsvariant.

- L. De deskundigheid bevorderen
- M. Kwaliteit van het werk ontwikkelen
- N. De beroepsuitoefening professionaliseren en profileren

3.1 Patiëntgebonden taken

A. Contact leggen en oriënteren

De sociotherapeut legt contact en verzamelt gegevens over de patiënten in de leefgroep.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Neemt kennis van behandelkaders, delictscenario's en delictgedrag.	X	X
• Observeert de groep en individuele patiënten.	X	X
• Legt contact, legt zijn eigen rol uit en licht de gang van zaken op de groep toe.	X	X
• Signaleert bijzonderheden.	X	X
• Verzamelt gegevens over de patiënt op de leefgroep t.a.v. somatische, fysiologische, psychologische, sociaal-culturele, ontwikkelingsbepaalde en spirituele kenmerken.	X	X
Competenties A, B, E, H, J		

B. Analyseren

De sociotherapeut analyseert en verzamelt gegevens in verhouding tot het delictgerelateerd gedrag.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Analyseert de verzamelde gegevens en het gedrag van de patiënt.	X	X
• Observeert het gedrag t.a.v. risicomanagement en draagt bij aan instrumenten die ontwikkeld zijn voor sociotherapeuten.	X	X
• Interpreteert de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt om delictgerelateerd gedrag te verminderen.	X	X
• Analyseert de dynamiek in de leefgroep en de betekenis daarvan voor individuele patiënten.		X
• Draagt bij aan analyses in het kader van incident- en risicomanagement.		X
Competenties B, E, H, K, L		

C. Coördineren van de zorg

De sociotherapeut coördineert de zorg in samenwerking met het multidisciplinair behandelteam. De sociotherapeut is de casemanager, eerst verantwoordelijke sociotherapeut of mentor voor enkele patiënten en vervult een spilfunctie.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Stemt de hulpverlening met alle bij de patiënt betrokken disciplines en instanties af.		X
• Vertaalt het behandelplan naar sociotherapeutische behandeldoelen gericht op ontwikkeling van sociale en emotionele vaardigheden die recidivepreventie bevorderen.		X
• Legt waar mogelijk vanuit de verzamelde gegevens een link met het gepleegde delict en levert in het multidisciplinair overleg een bijdrage aan de delictanalyse.		X
• Stemt af met familie en vrienden tijdens bezoek, verlof en in voorbereiding op vervolgtraject.		X
• Vertaalt behandeldoelen in concrete activiteiten.		X
• Ontwerpt een leefklimaat dat is afgestemd op de behandeldoelen.		X
• Organiseert recreatieve activiteiten passend bij de doelgroep.	X	X
• Stelt groepsregels op samen met collega's.	X	X
• Stelt in overleg het dagprogramma op.	X	X
• Draagt bij aan een zorgvuldige overgang tussen intramurale en extramurale zorg.	X	X
Competenties A, B, C, D, H, K, L		

D. Creëren en hanteren van het therapeutisch leefklimaat om delictgevaar te reduceren

De sociotherapeut zorgt dat de leefomgeving ruimte biedt om sociaal gewenst gedrag te leren en delictgevaar te reduceren.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Creëert leermomenten en stimuleert gewenst gedrag tijdens de alledaagse situatie en tijdens verlof om de behandeldoelen te verwezenlijken.	X	X
• Beïnvloedt de groepsdynamiek.	X	X
• Handhaaft en hanteert regels en afspraken.	X	X
• Geeft trainingen / begeleidt groepsgesprekken met patiënten.		X
• Neemt deel aan recreatieve activiteiten.	X	X
Competenties A, C, H, J, K		

E. Uitvoeren van individuele deelbehandelingen

De sociotherapeut stimuleert individuele patiënten inzicht te krijgen in zichzelf en eigen delictgerelateerde gedrag door deelbehandelingen uit te voeren onder verantwoordelijkheid van het hoofd behandeling.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Voert deelbehandelingen uit.	X	X
• Bespreekt delictgerelateerd gedrag en reikt de patiënt gedragsalternatieven aan.	X	X
• Begeleidt patiënten bij dagelijkse activiteiten en op verlof volgens de regelgeving voor verlofbegeleiding en de passende gedragstherapeutische principes.		X
• Begeleidt patiënten in contact met familie en vrienden tijdens bezoek, verlof en in resocialisatietraject.		X
• Bezoekt patiënten in hun transmurale woning en bespreekt de risico's van terugval en het preventieplan.		
Competenties C, E, H, J, L		

F. Bijdragen verzorging

De sociotherapeut heeft een taak ten aanzien van de verzorging van patiënten.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Schept voorwaarden voor zelfzorg en zorg voor de fysieke leefomgeving.	X	X
• Stimuleert en stuurt de patiënt verantwoordelijkheid te nemen in zelfzorg en de zorg voor de fysieke leefomgeving.	X	X
• Verstreckt medicatie, controleert het innemen van de medicatie en signaleert bijwerkingen ⁴ .	X	X
• Neemt persoonlijke verzorging over waar nodig of schakelt gepaste hulp in.	X	X
Competenties H, J, L		

G. Waarborgen veiligheid

De sociotherapeut werkt in het gesloten justitiële kader. Wanneer de veiligheid van patiënten of medewerkers in het geding is, bij acute psychische nood of wanneer er sprake is van een instabiele situatie voert de sociotherapeut interventies uit, meestal in combinatie met directieve begeleiding. De sociotherapeut voert risicomanagement uit.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Draagt bij aan vroegsignalering en signaleringsplan.		X
• Handhaaft de geslotenheid.	X	X
• Bewaakt orde en rust in de groep en voert preventieve en corrigerende maatregelen en interventies uit.	X	X
• Creëert een goede werkrelatie met de patiënt ter bevordering van de veiligheid, waarin ook de patiënt zijn verantwoordelijkheid kent.	X	X
• Voert maatregelen en procedures uit om de veiligheid bij incidenten, separatie en vluchtpogingen te waarborgen.	X	X
• Voert maatregelen zoals fouilleren, visiteren en kamercontrole uit.	X	X
• Roept indien nodig hulp van buitenaf in.	X	X
Competenties A, D, H, I, L		

⁴ Dit is een voorbehouden handeling die alleen wordt uitgevoerd door sociotherapeuten die een verpleegkundige achtergrond hebben of door bijscholing bekwaam zijn om deze handeling uit voeren.

H. Rapporteren en evalueren

Verantwoording, evaluatie en registratie van de geboden hulpverlening, incidenten en de behaalde resultaten zijn belangrijke onderdelen van het werk van de sociotherapeut.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Maakt een dagelijkse overdracht met daarin observaties van de patiënt en ingezette interventies.	X	X
• Evalueert de reductie van delictgerelateerd gedrag door de behandeling met collega's en patiënten.	X	X
• Bouwt het dossier op volgens afgesproken methodieken.	X	X
• Bereidt patiëntbesprekingen voor en neemt eraan deel.		X
• Schrijft wettelijke aantekeningen.		X
• Doet eenvoudige administratieve werkzaamheden en archiveert.	X	
Competenties B, D, E, F		

I. Samenwerken op de leefgroep

In de forensische zorg is goede samenwerking van onschatbaar groot belang vanwege de complexiteit van de patiëntenpopulatie.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Stemt af op behandeldoelen.	X	X
• Geeft collega's feedback en wijst hen op manipulatie, splittend gedrag en ander beïnvloedend gedrag van patiënten.	X	X
• Bespreekt de dienst voor met collega's en maakt afspraken over interventies en behandeling tijdens de dienst.	X	X
• Ondersteunt collega's in lastige situaties.	X	X
• Vraagt feedback en reflecteert op het eigen handelen.	X	X
• Reflecteert op het teamfunctioneren en heeft oog voor parallelprocessen.	X	X
• Werkt nieuwe collega's in.	X	X
Competenties C, D, H, K, I		

3.2 Organisatiegebonden taken

J. Bijdragen aan het optimaal functioneren van de organisatie

De sociotherapeut in de forensische zorg levert een praktische en organisatorische bijdrage aan het functioneren van zijn organisatie.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Neemt deel aan teamoverleg.	X	X
• Neemt deel aan multidisciplinair overleg.		X
• Zorgt voor de begeleiding van vrijwilligers en stagiairs.	X	X
• Is betrokken bij het aantrekken en inwerken van nieuwe collega's.	X	X
• Neemt deel aan collegiale consultatie.	X	X
• Signaleert organisatorische knelpunten en lost ze zelf op of kaart ze aan binnen de organisatie.	X	X
Competenties D, F, G		

K. Bijdragen aan beleidsontwikkeling

De sociotherapeut in de forensische zorg draagt vanuit zijn vakkennis, praktijkervaring, inzicht en kennis, behorend bij zijn vakgebied bij aan de beleidsvorming van zijn organisatie.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Draagt bij aan de beleidsvorming vanuit de psychotherapie.	X	X
• Zet beleid om in uitvoerbare doelen en zichtbare resultaten.	X	X
• Draagt het beleid uit.	X	X
Competenties E, F, G		

3.3 Professiegebonden taken

L. De deskundigheid bevorderen

De sociotherapeut in de forensische zorg houdt, daartoe gefaciliteerd door zijn organisatie, de eigen deskundigheid op peil, zodat hij verantwoord zijn werk kan doen.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Signaleert gaten in zijn deskundigheid.	X	X
• Heeft eigen leerdoelen helder voor ogen.	X	X
• Maakt gebruik van mogelijkheden binnen en buiten de organisatie voor deskundigheidsbevordering.	X	X
• Houdt ontwikkelingen bij op het gebied van wet- en regelgeving.	X	X
• Reflecteert regelmatig op zichzelf als instrument in de behandeling van patiënten middels supervisie, intervisie en coaching.	X	X
Competenties F, G		

M. Kwaliteit van het werk ontwikkelen

De sociotherapeut in de forensische zorg geeft een zodanige invulling aan zijn uitvoerende taken dat kwaliteit gewaarborgd wordt.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Signaleert en inventariseert gewenste veranderingen in de zorg.	X	X
• Werkt mee aan de verbetering van de kwaliteit van zorg.	X	X
• Zorgt voor zorgvuldige toepassing van het kwaliteitssysteem.	X	X
• Reflecteert op de kwaliteit van het handelen tijdens de uitvoering van het werk.	X	X
• Draagt bij aan protocollen.	X	X
• Kent de opdracht die hij krijgt vanuit de justitiële opdrachtgever.	X	X
• Kan adequaat omgaan met de belangentegenstellingen tussen de organisatie, de patiënt en de justitiële opdrachtgever.	X	X
Competenties C, D, E, F, G		

N. De beroepsuitoefening professionaliseren en profileren

De sociotherapeut ontwikkelt opvattingen over het werk, de taken en de houding rondom zijn beroepsuitoefening en draagt deze uit.

Activiteiten	Niveau	
	C	D
• Participeert in netwerken van belangen- en beroepsverenigingen.	X	X
• Denkt actief mee in werkgroepen.	X	X
• Vertaalt nieuwe ontwikkelingen in het vak naar gevolgen voor zijn eigen beroepsmatig handelen.	X	X
• Houdt zich aan de relevante beroepscode.	X	X
• Draagt bij aan methodiekontwikkeling.	X	X
Competenties E		

4 Kritische situaties



Kritische situaties zijn de problemen of uitdagingen waarmee een beroepskracht regelmatig te maken krijgt tijdens zijn werk. Ze zijn kenmerkend voor het beroep. Van de beroepskracht wordt een adequate oplossing verwacht. Het gaat daarbij vaker om het vinden van de juiste middenweg dan om het kiezen voor het een of het ander.

1. Afwegen tussen behandelen of beveiligen

Wanneer de spanning op de leefgroep oploopt, moet de sociotherapeut de afweging kunnen maken tussen behandelen en ingrijpen. De behandeling is erop gericht het delictgerelateerde gedrag te verminderen en de kans op recidive te minimaliseren. Dit wordt gedaan door de patiënt te leren hoe hij of zij adequaat kan omgaan met spannings-situaties. Hoe beter dit gaat, hoe meer bewegingsruimte de patiënt krijgt. Ten behoeve van de behandeling creëert de sociotherapeut soms opzettelijk een spannings-situatie om delictgedrag aan te wakkeren of agressie of chaos te veroorzaken. Dit kan een goede leersituatie zijn voor de patiënt, maar de kans bestaat ook dat de situatie escaleert en de veiligheid op de leefgroep bedreigt. Het is de taak van de sociotherapeut om ervoor te zorgen dat de situatie veilig blijft voor andere patiënten en medewerkers. Regelmatig ontstaan spannings-situaties ook ongepland. Op dat moment moet de sociotherapeut een inschatting maken of de situatie zich leent voor een interventie ten behoeve van een behandeldoel of dat ingrijpen nodig is om de veiligheid en rust op de leefgroep te bewaren. De sociotherapeut maakt dus continu de afweging tussen het hanteren van de regels en de veiligheid en het creëren van leersituaties voor de patiënt.

2. Professioneel handelen bij escalatie

Het kan voorkomen dat er een situatie ontstaat waarin er echt sprake is van escalatie. Een patiënt kan zo in paniek raken of agressief worden dat gespreksvoering of de-escalerende interventies niet meer effectief zijn. In deze situaties moet de sociotherapeut weten hoe hij met het agressieve gedrag om moet gaan. De sociotherapeut blijft in contact met de patiënt tijdens escalatie, maar geeft daarbij wel duidelijke grenzen aan. Daarbij kan de sociotherapeut op een professionele manier snel ingrijpen om de veiligheid van de patiënten op de groep, zichzelf en van de patiënt zelf te herstellen. Dit betekent dat hij weet hoe hij snel hulp kan inschakelen en de patiënt uit de situatie kan halen. Separatie van de patiënt probeert de sociotherapeut te voorkomen, maar doet dit wel indien dit noodzakelijk is voor de veiligheid op de leefgroep.

3. Motiveren van patiënten in de forensische zorg

De forensische zorg kenmerkt zich door onvrijwilligheid bij de patiënt in de opname. Het is daarom van belang dat de sociotherapeut de patiënt blijvend motiveert om mee te werken aan de behandeling. Doel van de behandeling is om het zelfinzicht van de patiënt te vergroten en delictgerelateerd gedrag om te zetten in adequaat gedrag. De sociotherapeut krijgt veel te maken met weerstand tegen leersituaties, juist omdat in deze setting weinig sprake is van intrinsieke motivatie bij de patiënten. Om die reden moet de sociotherapeut in motivatiegesprekken met de patiënt om kunnen gaan met verschillende vormen van weerstand en manipulatie, zoals strategische zelfpresentatie en vormen van reactance (de gedragsmatige reactie van een persoon om bij bedreiging van de vrijheid deze te beschermen of te vergroten).

4. Beperkte van mogelijkheden accepteren

Binnen de behandeling heeft iedere patiënt individuele behandeldoelen waar hij of zij dagelijks aan werkt. Het is belangrijk dat de behandeldoelen laagdrempelig zijn en dat de sociotherapeut zich realiseert dat het (over het algemeen) veel tijd kost om vordering te maken op deze behandeldoelen. Er moet rekening worden gehouden met (een combinatie van) ziektebeelden en stoornissen die kenmerkend zijn voor de patiënten in deze setting. De sociotherapeut stemt de behandeling af op de draagkracht van de patiënt en werkt gefaseerd door kleine stappen te nemen die passen bij de mogelijkheden van de patiënt. Het komt regelmatig voor dat (psychotische) patiënten moeilijk te activeren zijn. De sociotherapeut moet op een dergelijk moment in kunnen schatten of er sprake is van onwil bij de patiënt om mee te werken of dat er sprake is van beperkte van de mogelijkheden. De sociotherapeut reageert professioneel op signalen die de patiënt afgeeft. Hij is geduldig, creatief, biedt ruimte en zet gepast humor in.

5. Balanceren tussen betrokkenheid en distantie

Om de patiënten te motiveren voor de behandeling is betrokkenheid noodzakelijk voor het opbouwen van een goede vertrouwens- en werkrelatie. De sociotherapeut dient daartoe de patiënt echt, respectvol en concreet tegemoet te treden. Het gevaar hierbij is echter dat de patiëntengroep binnen de forensisch psychiatrische zorg zich kenmerkt door een psychiatrisch ziektebeeld en/of persoonlijkheidsstoornissen. Patiënten tonen antisociaal, agressief, manipulatief en soms bijzonder geraffineerd gedrag. De sociotherapeut moet opletten dat hij niet te betrokken en te meegaand wordt en daardoor niet objectief naar de situatie kan kijken, hetgeen ten koste gaat van het proces. Ook moet hij duidelijk zijn in het stellen en bewaken van (professionele) grenzen.

6. Afspraak en afstemming tussen collega's

Een goede samenwerking in het team is noodzakelijk wanneer je werkt met een patiëntengroep die zich kenmerkt door antisociaal, manipulatief en agressief gedrag. Heldere afstemming in de samenwerking en duidelijke afspraken over interventies, de leefgroep en veiligheid zijn zeer belangrijk in het werk van de sociotherapeut. Nog belangrijker is dat alle collega's zich aan de afspraken houden. Voorafgaand aan de dienst schat het team het verloop van de dag in en besluit zij hoe ze de groep gaat sturen. De mate van sturing wordt mede bepaald door de sfeer op de groep, de belastbaarheid van collega's en de werkervaring die collega's hebben.

Het functioneren van het team heeft invloed op de sfeer op de leefgroep doordat er onbewust parallelprocessen plaatsvinden. Het is daarom belangrijk dat het team reflecteert op het eigen teamfunctioneren en dat zij alert zijn op parallelprocessen. Het team moet de zwakke kanten kenbaar maken bij de leidinggevende en open staan voor reflectie en begeleiding. Om de veiligheid te bewaren moeten collega's elkaars krachten en valkuilen kennen en moet men duidelijk en eerlijk zijn over de eigen belastbaarheid en die van collega's. Vertrouwen in elkaar speelt een grote rol in de effectiviteit van interventies.

7. Omgaan met emoties

Als sociotherapeut werkt men continu in een spanningsveld van behandelen, veiligheid, manipulatie, ingrijpen en agressie hanteren. Doordat de behandeldruk steeds wordt opgevoerd ten behoeve van de leersituatie van de patiënt, kan de sociotherapeut in een bedreigende situatie terecht komen die angst en kwaadheid oproept. Ook kunnen de patiënten op geraffineerde wijze emoties oproepen bij de sociotherapeut. Om controle te behouden over angst, onzekerheden en andere gevoelens, past de sociotherapeut zelfreflectie toe. Belangrijk is dat de sociotherapeut leert hoe hij angst en andere emoties herkent, wat de situatie met hem doet en hoe de angst of de gevoelens efficiënt gehanteerd kunnen worden. Daarbij plaatst de sociotherapeut het gedrag van de patiënt in de stoornis en de context en betreft het niet op zichzelf. Als het niet lukt om emoties te controleren, is het belangrijk dat de sociotherapeut de gevoelens deelt met collega's (ter plekke, traumateam, intervisie) en de ruimte neemt om uit de situatie te stappen.

5 Competenties en kennis



De beroepskracht heeft bepaalde competenties nodig om zijn taken uit te voeren en om daarbij met de kritische situaties om te kunnen gaan. Zowel taken als kritische situaties leveren input voor de competenties.

Een (beroeps)competentie is een geïntegreerd geheel van kennis, inzicht, vaardigheden, houding en persoonlijke eigenschappen waarmee op adequate wijze goede resultaten kunnen worden behaald in een beroepscontext⁵. De beroepskrachten hebben de competenties nodig om in voorkomende beroepscontexten op adequate, doelbewuste en gemotiveerde wijze proces- en resultaatgericht te handelen, dat wil zeggen dat ze passende procedures kiezen en toepassen om de juiste resultaten te bereiken.

Competenties zijn ontwikkelbaar en verwijzen naar individuele vermogens. Competenties worden altijd binnen een bepaalde beroepscontext gezien; deze beroepscontext bepaalt wat adequaat is. Sommige competenties zijn uniek en nauw verbonden aan een specifieke context of smal werkingsgebied; andere beroepscompetenties hebben een breed werkingsgebied en zijn in meerdere beroepscontexten bruikbaar of toepasbaar.

Aparte aandacht voor kennis

In de bovenstaande definitie maakt kennis onderdeel uit van de competenties. Om een volledig overzicht te geven van wat de sociotherapeut moeten kunnen en kennen, besteden we in dit profiel aparte aandacht aan de kennis die nodig is om de taken uit te kunnen voeren en om te kunnen gaan met de kritische situaties.

Generieke competenties

Generieke competenties zijn die competenties die in meer of mindere mate in elk(e) beroep of functie binnen zorg en welzijn noodzakelijk zijn en niet direct verbonden zijn aan een bepaald beroep of een bepaalde functie.

- A Legt contact en heeft contact
- B Brengt de situatie in kaart
- C Plant en organiseert
- D Werkt effectief samen in een team
- E Werkt methodisch verantwoord
- F Reflecteert op het eigen handelen
- G Bewaakt zijn eigen arbeidsomstandigheden

Specifieke competenties

Vakspecifieke competenties bepalen in sterke mate de identiteit van de beroepsgroep. Niet de afzonderlijke competenties zijn daarbij bepalend, maar eerder de unieke combinatie ervan. Competenties zijn vakspecifiek als ze op tenminste drie aspecten discrimineren ten opzichte van de generieke competenties. Die aspecten zijn:

1. De beoogde doelgroepen. De beroepskracht moet kennis hebben van de specifieke kenmerken van patiënten en patiëntgroepen en in staat zijn die kennis in zijn beroepsmatig handelen te integreren.
2. De beroepscontext waarin de beroepskracht werkt. Verschillen in de context worden bepaald door de plaats van handeling, zoals intramuraal, spreekkamer, algemene voorziening, thuissituatie van de patiënt, het gedwongen kader en de organisatorische context.
3. De benodigde vakkennis en de toe te passen methoden en technieken van de beroepskracht.

H Kan omgaan met patiënten in de forensische zorg

I Creëert de veiligheid

J Motiveert tot gedragsverandering

K Creëert een therapeutisch leefklimaat in de forensische zorg

L Begeleidt individueel

5.1 Generieke competenties

A. Legt contact en heeft contact

De sociotherapeut is in staat om alle patiënten met uiteenlopende delictachtergronden op een open en onbevooroordeelde wijze tegemoet te treden, waardoor deze zich uitgenodigd voelen hun vragen en ervaringen op een open en eerlijke wijze te verwoorden en vertrouwen hebben in de sociotherapeut.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• is toegankelijk, zichtbaar en bereikbaar	X	X
• heeft kennis van de complexiteit van de doelgroep	X	X
• gaat onbevooroordeeld een samenwerkingsrelatie aan met de patiënt	X	X
• benadert de patiënt respectvol en oprecht	X	x
• maakt belemmeringen in het contact met de patiënt bespreekbaar	X	X
• past kennis van gespreksmodellen en gesprekstechnieken toe	X	X
• legt de activiteiten, het beleid en zijn eigen rol helder uit	X	X
• houdt rekening met het psychiatrische ziektebeeld of de persoonlijkheidsstoornis van de patiënt	X	X
• heeft geloof in positief resultaat	X	X
• werkt integer naar de patiënt	X	X
• handelt vanuit het gegeven dat iemand gedwongen kan worden opgenomen, maar niet gedwongen kan worden behandeld (behandelen, handelen en onderhandelen)	X	X
• houdt in het contact rekening met het culturele referentiekader van de patiënt	X	X

B. Brengt situatie in kaart

De sociotherapeut is in staat uit diverse bronnen informatie over de patiënt te verzamelen, waardoor behoeften, delictgerelateerd gedrag, mogelijkheden en beperkingen van de patiënt duidelijk worden. In direct contact met de patiënt is de sociotherapeut alert op signalen die informatie geven over wat hij van de patiënt kan vragen en verwachten op dat moment.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• luistert objectief naar het verhaal van de patiënt en vraagt door	X	X
• probeert zo min mogelijk oordelen te vormen over het verhaal	X	X
• informeert naar de vraag van de patiënt	X	X
• voert een anamnese uit		X
• vertaalt gegevens uit de delictanalyse naar de eigen werkomgeving		X
• herkent delictgerelateerd gedrag en maakt dit bespreekbaar	X	X
• zoekt naar het zelfoplossend vermogen van de patiënt		X
• spoort de veranderingsbereidheid en -mogelijkheden van de patiënt op		X
• consulteert collega's	X	X
• geeft aan wat de organisatie wel en niet kan bieden in relatie tot vragen en verwachtingen	X	X
• benoemt de consequenties van bepaalde keuzes	X	X
• draagt met de verzamelde gegevens bij aan het handelingsplan		X
• kan een effectmeting per patiënt toepassen en de effecten van behandelinterventies vertalen		X

C. Plant en organiseert

De sociotherapeut kan efficiënt activiteiten, taken en interventies plannen binnen de beschikbare tijd en met de beschikbare mankracht en middelen. De sociotherapeut kan prioriteiten stellen.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• maakt een planning voor de leefgroep en voor individuele patiënten		X
• combineert activiteiten op een tijd- en/of kostenbesparende manier		X
• kan voor acties een realistisch tijdschema opstellen	X	X
• verdeelt taken over collega's en streeft daarbij naar een zo efficiënt mogelijk gebruik van mensen, middelen en tijd		X
• kan, ondanks kleine regelwerkzaamheden, vragen en andere storingen, het werkproces zo organiseren dat gestelde doelen worden behaald	X	X
• bedenkt oplossingen voor onverwachte situaties die prioriteit vragen	X	X
• kan prioriteiten stellen	X	X

D. Werkt effectief samen in een team

De sociotherapeut is iemand op wie collega's en patiënten kunnen bouwen. Hij is een betrouwbare en eerlijke teamgenoot, die open staat voor feedback, wensen en ideeën van anderen. Hij werkt transparant binnen het team, zodat collega's en andere disciplines een helder beeld hebben waar de sociotherapeut mee bezig is.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• stimuleert open en directe communicatie binnen het team	X	X
• betreft collega's actief bij overleg door te vragen naar ideeën en hier op voort te bouwen	X	X
• draagt bij aan een gezamenlijk resultaat door een optimale afstemming tussen de eigen belangen en de belangen van de groep of de ander	X	X
• stelt het gezamenlijke resultaat boven het eigen resultaat	X	X
• komt afspraken na en spreekt anderen aan op hun verantwoordelijkheden en uitvoering	X	X
• evalueert met de collega's de zorg en behandeling van de patiënt	X	X
• bewaakt met collega's de behandellijn	X	X
• speelt belangrijke informatie en ervaringen voor anderen tijdig door	X	X
• biedt hulp aan collega's bij dilemma's en conflicten	X	X
• deelt zijn psychiatrische en juridische kennis en ervaring		X
• bespreekt meningsverschillen met collega's op tactvolle en constructieve wijze en gaat het conflict niet uit de weg	X	
• staat open om feedback te geven en te ontvangen op houding en beroepsmatig handelen	X	X
• agendeert vraagstukken op het gebied van de forensische zorg en psychiatrie	X	

E. Werkt methodisch verantwoord

De sociotherapeut is in staat om methodisch en gestructureerd te werken, waardoor de patiënt en de leefgroep zicht hebben op de behandeldoelen, de aanpak en het beoogde resultaat. Hij is in staat zich te verantwoorden aan de patiënt, zijn organisatie en juridische instanties, zodat allen inzicht krijgen in zijn handelwijze en deze ook begrijpen.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• kent de wettelijke, juridische en beroepsethische kaders en richtlijnen die de kwaliteit van de behandeling vergroten	X	X
• neemt kennis over psychosociale processen en forensische zorg mee in het bepalen van de methoden		X
• maakt gebruik van sociaalagogische methoden en technieken en kan deze combineren	X	X
• verwoordt en verantwoordt zijn methodisch handelen	X	X
• kan een overdracht geven aan collega's	X	X
• schrijft adequate rapportages	X	X
• maakt gebruik van de aanwezige procedures en standaarden in de organisatie	X	X
• reflecteert systematisch op de kwaliteit van werkprocessen in relatie tot de gestelde doelen		X
• past werkwijzen aan bij veranderende vragen en omstandigheden		X
• geeft grenzen aan wanneer de uitvoering van het werk niet aan de professionele standaarden voldoet	X	X
• houdt zich aan de relevante gedrags- en beroepscode	X	X
• is op de hoogte van de geldende wet- en regelgeving rondom privacy en vertrouwelijkheid van patiëntgegevens en weet met wie en onder welke voorwaarden informatie gedeeld mag worden	X	X

F. Reflecteert op het eigen handelen

De sociotherapeut is in staat op constructieve wijze zelfstandig of in overleg met collega's te reflecteren op zijn eigen normatieve kader en zijn beroepsmatig handelen, waardoor hij weet waar zijn grenzen liggen en wat zijn leerpunten zijn. De sociotherapeut is zich bewust van zijn gedrag en de gevolgen daarvan. Hij streeft naar kwaliteit en is gericht op verbeteringen met betrekking tot het eigen werk, dat van het team en de organisatie.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• neemt de tijd om het eigen gedrag te analyseren en te leren van ervaringen	X	X
• is zich bewust van zijn normatieve kader tegenover de patiënten	X	X
• neemt verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van resultaten van zowel het eigen handelen, als dat van de afdeling en/of organisatie		X
• stelt zijn werkwijze bij wanneer dit de kwaliteit ten goede komt	X	X
• streeft naar het verbeteren van de eigen prestatie	X	X
• bewaakt zijn eigen grenzen	X	X
• deelt problemen en successen met collega's en deskundigen om kennis te vergroten	X	X
• weet waar zijn grenzen van deskundigheid liggen en bakent de eigen verantwoordelijkheid en bevoegdheid duidelijk af	X	X
• herkent kansen in het verbeteren van de beroepsuitoefening en zorgverlening		X

5.2 Specifieke competenties

G. Bewaakt zijn eigen arbeidsomstandigheden

De sociotherapeut is in staat zijn eigen arbeidsomstandigheden te bewaken en te beïnvloeden, zodat hij goed kan functioneren, plezier in zijn werk houdt en zich blijft ontwikkelen.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• plant en organiseert zijn werk zo dat hij het werk aankan en stelt prioriteiten		X
• bewaakt zijn gezondheid en veiligheid en past veiligheidsvoorschriften toe	X	X
• zorgt voor zijn eigen vitaliteit	X	X
• maakt knelpunten in arbeidsomstandigheden bespreekbaar	X	X
• neemt initiatief om iets aan de knelpunten te (laten) doen	X	X
• onderhandelt met zijn werkgever over zijn positie in de organisatie	X	X
• wijst zijn werkgever op het realiseren van benodigde randvoorwaarden en dwingt deze, indien nodig, af door gebruikmaking van wetgeving	X	X
• signaleert veranderingen in het werk of specifieke behoeften bij patiënten en speelt hierop in		X
• signaleert verbeteringsmogelijkheden op organisatieniveau en brengt deze ter sprake		X

H. Kan omgaan met patiënten in de forensische zorg

De sociotherapeut kan op duidelijke en respectvolle wijze omgaan met de patiënt in het gedwongen kader. Hij kan specifieke wet- en regelgeving tijdens het handelen toepassen, de sociotherapeut hanteert de juridische kaders als ondersteuning, maar zoekt tevens naar handeling- en bewegingsruimte voor de patiënt om zelfregie te vergroten.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• kent de grenzen en mogelijkheden van juridische kaders en kan hier effectief mee om gaan	X	X
• kan de noodzaak van het gedwongen kader beargumenteren	X	X
• beseft dat dwang en drang onderdeel uitmaken van de hulpverlening	X	X
• is zich bewust van zijn rol als autoriteit en straalt dit uit richting de (leef)groep	X	X
• maakt duidelijke afspraken met de patiënt over de te volgen acties, de verwachte inzet en de consequenties bij het overschrijden van gestelde grenzen		X
• behoudt een professionele distantie	X	X
• maakt gepast gebruik van humor	X	X
• schermt zijn persoonlijke levenssfeer af voor patiënten	X	X
• herkent vormen van manipulatief en antisociaal gedrag en kan hiermee omgaan	X	
• vat uitingen van manipulatief en antisociaal gedrag niet persoonlijk op	X	X
• kan omgaan met persoonlijke afwijzing en negativiteit	X	X
• weet hoe het gedrag en de problematiek van patiënten de samenwerkingsrelatie kunnen beïnvloeden en kan hiermee omgaan	X	X
• blijft rustig en handelt accuraat bij weerstand en teleurstellingen	X	X
• herkent en erkent vormen van overdracht en tegenoverdracht	X	X
• herkent en erkent emoties bij zichzelf en collega's die de behandeling negatief kunnen beïnvloeden	X	X
• herkent wanneer een patiënt collega's tegen elkaar probeert op te zetten (splitsing)	X	X
• evalueert iedere toepassing van drang of dwang met de patiënt op inzet en het gewenste resultaat		X
• is daadkrachtig en overtuigend	X	X

I. Creëert de veiligheid

De sociotherapeut dient mogelijke spanningen en dreigende escalaties bij patiënten vroegtijdig te onderkennen en te reduceren in samenwerking met de patiënt voor de eigen veiligheid en die van andere patiënten.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• ziet toe op de naleving van de afdelingsregels en afspraken	X	X
• creëert een voorspelbaar en betrouwbaar leefklimaat door consequent te zijn en eerlijk te handelen	X	X
• signaleert fricties in de groep (zoals pesten of uitsluiting) en onderneemt hierop actie	X	X
• is in staat destructief gedrag op te merken en spanningen aan te voelen	X	X
• analyseert in samenwerking met de patiënt de vroege signalen van delictgerelateerd gedrag		X
• helpt de patiënt om vroege signalen van delictgerelateerd gedrag bij zichzelf te herkennen en daarop te handelen volgens de afspraken		X
• weet bij geïrriteerd en/of (licht) agressief gedrag zich professioneel en overtuigend op te stellen	X	X
• kan diverse methoden en technieken hanteren om (dreigende) escalerende situaties op te breken	X	X
• maakt gebruik van de handelingsprotocollen van de organisatie rond agressie en geweld	X	X
• blijft in contact met de patiënt als escalatie plaatsvindt, maar geeft daarbij wel duidelijke grenzen aan	X	X
• neemt de regie, maakt keuzes en grijpt adequaat in bij escalerende situaties	X	X
• roept indien nodig hulp in als de patiënt agressief wordt	X	X
• stimuleert patiënten om in gesprek met elkaar te gaan over onderlinge problemen	X	X
• kan feitelijkheden, veronderstellingen en gevoelens die een rol spelen in het probleem onderscheiden en structureren	X	X
• kent het belang en de impact van vrijheidsbeperkende maatregelen	X	X
• zet middelen en maatregelen zo beperkt mogelijk in, maar zo zwaar als nodig	X	X

J. Motiveert tot gedragsverandering

De sociotherapeut is in staat om met motiverende gesprekstechnieken de bereidheid tot gedragsverandering van de patiënt te vergroten, waardoor zij binnen het gedwongen kader nieuw gedrag willen aanleren.

Gedragsskenmerken	Niveau	
	C	D
• weet dat de motivatie van de patiënt om te veranderen beïnvloedbaar is	X	X
• heeft een accepterende houding	X	X
• geeft de patiënt zoveel mogelijk medezeggenschap in de agenda van het gesprek		X
• luistert en reflecteert op empathische wijze op ambivalente gedachten en gevoelens van de patiënt		X
• erkent en onderzoekt weerstand tegen de behandeling en helpt de patiënt de weerstand te overwinnen		X
• nodigt de patiënt uit om uitspraken te doen waarin hij laat merken het gedrag te willen veranderen		X
• ontlokt uitspraken bij de patiënt waarin hij laat merken dat hij gelooft in staat te zijn om te veranderen		X

K. Creëert een therapeutisch leefklimaat in de forensische zorg

De sociotherapeut kan het gedrag van de patiënt beïnvloeden, zodat zowel het gedrag als de competenties van de patiënt verbeteren en de kans op recidive van delictgerelateerd gedrag minimaal wordt. De sociotherapeut en de patiënt streven beiden naar gedragsverandering, deels door het inzetten van de leefgroep als behandelinstrument.

Gedragskenmerken	Niveau	
	C	D
• stimuleert een leefklimaat waarin patiënten van elkaar kunnen leren	X	X
• creëert leersituaties	X	X
• kan putten uit een gevarieerd repertoire van interventies en kan deze op passende wijze inzetten en combineren	X	X
• is creatief in het vinden van oplossingen	X	X
• relateert de behandeldoelen aan delictgerelateerd gedrag		X
• weet welke behandeldoelen haalbaar zijn en welke niet		X
• werkt samen met collega's aan behandeldoelen	X	X
• daagt uit tot het nemen van eigen verantwoordelijkheid	X	X
• kan verantwoordelijkheden overnemen van de patiënt en weer teruggeven	X	X
• spiegelt en confronteert	X	X
• toont voorbeeldgedrag	X	X
• past groepsgerichte interventies toe (gebaseerd op inzichten van groepsdynamische processen)	X	X
• evalueert samen met patiënten ervaringen met nieuw gedrag		X

L. Begeleidt individueel

De sociotherapeut kan als mentor de patiënt individueel en op flexibele wijze (bege)leiden, wat ertoe leidt dat de patiënt passend wordt geholpen en weet waar hij aan toe is. Leersituaties om aan behandeldoelen te werken worden zo optimaal mogelijk voor de patiënt gecreëerd en benut. Streven is het verminderen van delictgerelateerd gedrag van de patiënt binnen de kliniek, maar ook tijdens het verlof.

Gedragskenmerken	Niveau	
	C	D
• kan, door communicatie met de patiënt, inschatten op welk moment hij moet coachen, instrueren, zaken moet overnemen, of dat hij de verantwoordelijkheid over kan laten aan de patiënt		X
• geeft de patiënt de ruimte om aan delictgerelateerd gedrag te werken		X
• werkt, waar mogelijk, toe naar het vergroten van de handelingsvrijheid, autonomie en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt		X
• creëert gericht leersituaties voor de patiënt om delictgerelateerd gedrag te verminderen		X
• ziet wanneer er een leersituatie ontstaat voor de patiënt en benut deze	X	X
• ondersteunt de patiënt in crisissituaties	X	X
• brengt sterke punten en mogelijkheden in kaart en benadrukt deze naar de patiënt		X
• gaat bewust om met de machtsverschillen tussen de sociotherapeut en de patiënt	X	X
• signaleert wanneer de behandeldoelen te hoog gegrepen zijn		X
• kan zelfstandig risico's inschatten en interveniëren tijdens verlofbegeleiding		X

5.3 Kennisgebieden

Competenties vormen een geïntegreerd geheel van kennis, houding en vaardigheden waarover de sociotherapeut in de forensische zorg moet beschikken. Toch richten we in dit hoofdstuk specifiek de aandacht op de kenniscomponent, omdat het opleidingen een basis biedt om na te gaan welke kennis van belang is voor hun curriculum. Het geeft antwoord, aan aanbieders en gebruikers van scholing, op de vraag welke kennis op basis van bij- en nascholing aanvullend verworven moet worden. In de publicatie Vele takken, één stam van de Sectorraad Hoger Sociaal Agogisch Onderwijs (HBO-raad, 2008) wordt een aantal kennisgebieden onderscheiden. Deze indeling biedt een kader voor de hogere sociaalagogische opleidingen. In dit competentieprofiel zijn deze kennisgebieden specifiek ingevuld voor sociotherapeuten in de forensische zorg.

Kennisgebieden		
Algemeen	Specifiek	Niveau
A. Systeemtheorie Toepasbaar in processen waarbij interactie tussen personen en interactie tussen personen en hun leefomgeving plaatsvindt.	• groepsdynamische processen	c + d
	• sociale systeemtheorie	c + d
	• invloed van dwang en drang op de motivatie voor behandeling	d
B. Agogiek Gericht op systematisch en normatief werken.	• motivatie- en gesprekstechnieken in gedwongen kader (motivational interviewing)	d
	• invloed gesloten setting op het behandelklimaat	c + d
	• positioneren	c + d
	• normeren	c + d
	• de-escalerende interventies – omgaan met agressie	c + d
C. Biologie, geneeskunde, gezondheidskunde Gericht op de menselijke natuurlijke gesteldheid en betekenis ervan voor het welbevinden (fysieke eigenschappen, gezondheid en ziekte)..	• bio-psychosociale model (combinatie met kennisgebied D)	d
	• psychopathologie; specifiek over de in de forensische zorg voorkomende stoornissen, de gevolgen hiervan voor het gedrag van patiënten en de omgang met dit gedrag	c + d
	• comorbiditeit	c + d
D. Psychologie en psychiatrie Onderzoek naar de ontwikkeling van de persoonlijkheid, persoonsmodaliteiten, non-directieve en directieve benaderingen; omgevingspsychologische en ecologische benaderingen; gezond en afwijkend gedrag; intrapsychische en psychiatrische stoornissen.	• specifieke doelgroepen zoals mensen met een (licht) verstandelijke beperking of een autismespectrumstoornis	c + d
	• werking en bijwerkingen psychofarmaca	c + d
	• risicotaxatie	d
	• alcohol- en druggebruik en de symptomen en gevolgen hiervan	c + d
	• de invloed van ongezonde voeding	c + d
	• factoren die bijdragen aan de eigen veiligheid, bijvoorbeeld met betrekking tot privacy	c + d
	• hechtingstheorie	c + d
	• weerstandspatronen en hoe hiermee om te gaan	d
	• empowermenttheorie	c + d

Kennisgebieden		
Algemeen	Specifiek	Niveau
E. (Ortho)pedagogiek en socialisatietheorie De directe opvoedingsomgeving en problemen met opvoeden of het gezin; vormgeving van maatschappelijke ontwikkeling in het onderwijs; de invloed van 'culturele' eigenschappen van de maatschappij en de directe leefomgeving op het menselijk gedrag.	• socialisatieprocessen	c + d
	• heropvoeding	c + d
F. Sociologie Gericht op de bredere sociale context; politiek en het maatschappelijk bestel, historisch bewustzijn en historische ontwikkelingen die leiden tot het vormgeven van de huidige democratische rechtsstaat met verdelende rechtvaardigheid.	• informele netwerken / de rol van de sociale omgeving en de buurt	d
	• criminogene factoren	d
	• invloed van de woonomgeving	d
	• belang van het hebben van werk, opleiding, relatie en woning om criminaliteit te verminderen	d
G. Levensbeschouwing, ethiek, filosofie Gericht op de menselijke natuurlijke gesteldheid en de betekenis ervan voor het welbevinden (fysieke eigenschappen, gezondheid en ziekte).	• de invloed van de eigen professionele, sociale en ethische normen op de beroepsuitoefening	c + d
	• drijfveren om aan behandeling mee te werken en geen delicten meer te plegen	d
H. Culturele antropologie Onderzoek van verschillende culturen, de wederzijdse beïnvloeding en interactie, met de nadruk op diversiteit in het samenwonen en leven.	• culturele, seksspecifieke en seksuele referentiekaders	c + d
	• samenhang tussen verschillen in sekse, cultuur, seksuele voorkeur, sociaal maatschappelijke positie, leeftijd, handicap en religie (kruispuntdenken)	c + d
	• heeft kennis van communicatiestijlen en communicatiecodes in verschillende culturen	c + d
	• migratiestress en aanpassingsproblemen van migranten	d
	• manier waarop in andere culturen psychische problemen gezien en behandeld worden	c + d

Kennisgebieden

Algemeen	Specifiek	Niveau
I. Economie, maatschappijleer en recht Gericht op arbeid, inkomen, sociale zekerheid, ontwikkelingen in de democratische rechtsstaat, staatsrecht, strafrecht, burgerlijk recht, rechtsprincipes, sociale thematiek, historische en actuele sociale inrichting van de samenleving en de sociale geschiedenis van Nederland en Europa.	<ul style="list-style-type: none"> • strafrechtstelsel en tbs-stelsel 	c + d
	<ul style="list-style-type: none"> • wet- en regelgeving; specifiek over het juridische kader van de forensische psychiatrie, de interne rechtspositie en de Beginselenwet 	c + d
J. Muzisch-agogische media Kennis van eigenschappen, werking en technieken van muziek, drama, dans, beeld, sport, spel en taal.	<ul style="list-style-type: none"> • inzet van creatieve middelen als ingang voor samenwerking 	c + d
	<ul style="list-style-type: none"> • werking en doelen van verschillende creatieve middelen 	d

Bronnenlijst

Commissie ingesteld door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1981)
Rapport: Sociotherapie in de psychiatrische hulpverlening. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij

Fluttert, F. (2010 in press)

Sociotherapie in Handboek Geestelijke Forensische Gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom

FPK Amsterdam, FPK Assen en FPK Eindhoven

Veilig behandeld. GGZ Drenthe, namens FPK Amsterdam, FPK Assen en FPK Eindhoven

HBO-Raad (2008)

Vele takken, één stam. Kader voor de hogere sociaal-agogische opleidingen. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Hermanns, J. en Menger A. (2009)

Walk the line. Utrecht: Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie

Hutschemaekers, G. en Neijmeijer, L. (1998)

Beroepen in beweging. Utrecht: Trimbos-instituut

Jagt, L. (2001)

Moet dat nou? Hulpverlening aan onvrijwillige cliënten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Menger, A. en Krechtig, L. (2006)

Het delict als maatstaf. Amsterdam: Uitgeverij SWP

Panta rhei (2002)

Artikel: Beroepsprofiel voor Sociotherapeuten. www.pantarhei.org

Reijen, J. van en Haans, T. (2008)

Groepsdynamica in gedragstherapeutische en psychodynamische groepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Smeijsters, H. en Clevén, G.

Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

Spieker, P. (1998)

Artikel: Resocialiseren na tbs – Tot tbs veroordeeld en wat dan? VPN Magazine voor de verpleging

Bijlagen

Tol, N. van (1994)

Artikel: Sociotherapie en haar kracht in de organisatie; een verkenning. Oegstgeest: Pantarhei

Tol, N. van en Meijer, A. (2002)

Artikel: Naar een beroepsprofiel voor sociotherapeuten. www.pantarhei.org

Vlaar, P., M. van Hattum, C. van Dam, R. Broeken (2006)

Klaar voor de toekomst. Een nieuwe beroepenstructuur voor de branches welzijn en maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg, jeugdzorg en kinderopvang. Utrecht: NIZW.

Vreeswijk, M. van en Broersen, J. (2006)

Schemagerichte therapie in groepen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Zwikker, N., Haterd, J. van de, Hens, H. en Uyttenbogaart, A. (2009)

Jeugdzorgwerker. Amsterdam: Uitgeverij SWP / Utrecht: NJi



Bijlage 1

Niveaus van beroepsuitoefening			
	Vakvolwassen	Aanvliegroutes	Perspectief
Niveau: A Assisteren Start-kwalificatie¹: Mbo 2	Is sterk afhankelijk van startkwalificatie. Dagelijkse begeleiding blijft nodig. Mbo 2 na half jaar vakvolwassen.	Vrijwilligerswerk. Additionele arbeid. Beroepsopleidende leerweg (BOL) en beroepsbegeleidende leerweg (BBL). Diploma mbo 2.	Blijft op gelijk niveau. Erkenning van elders verworven competenties (EVC), assessment naar niveau B. Vervolgopleiding tot mbo 3. Functies van gelijk niveau in andere branches.
Niveau: B Uitvoeren Start-kwalificatie²: Mbo 3 Mbo 4	Na inwerkperiode in staat zelfstandig opdrachten uit te voeren. Vakvolwassen na een jaar met werkbegeleiding op het gebied van verantwoordelijkheid, complexiteit en transfer.	Uit competentieniveau A + bij- en nascholing. Mbo 3. Mbo 4 (ook uit andere studierichtingen, mits uit assessment blijkt over voldoende potentie te beschikken om de benodigde competenties te ontwikkelen).	Blijft op gelijk niveau. Horizontale mobiliteit binnen de branche. Doorgroeien naar competentieniveau C.
Niveau: C Ontwerpen en uitvoeren Start-kwalificatie³: Mbo 4 Hbo bachelor	Na inwerkperiode in staat onder eigen verantwoordelijkheid en zelfstandig werkzaamheden vorm te geven en uit te voeren. Vakvolwassen op het gebied van complexiteit en transfer na een jaar.	Uit competentieniveau B + bij- en nascholing. Mbo 4. Hbo bachelor (ook uit andere studierichtingen, mits uit assessment blijkt over voldoende potentie te beschikken om de benodigde competenties te ontwikkelen).	Blijft op gelijk niveau. Van mbo 4 naar hbo bachelor. Horizontale mobiliteit binnen de eigen branche. Verticale mobiliteit binnen de branche naar competentieniveau D of naar staf en management. Uitstroom naar aanpalende branches/overheid.
Niveau: D Inhoudelijke regie voeren en uitvoeren Start-kwalificatie⁴: Hbo bachelor Hbo master	Na inwerkperiode in staat om zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid complexe werkzaamheden uit te voeren. In staat tot transfer van expertise na een jaar.	Ruime ervaring op niveau C of in soortgelijke functies in andere branches + bij- en nascholing. Hbo bachelor en ervaring. Hbo master.	Blijft op gelijk niveau. Van hbo bachelor naar hbo master. Specialisatie binnen de branche. Uitstroom naar aanpalende branches/overheid. Consulent of werkontwikkeling. Uitstroom naar staf en management. Beroepsontwikkeling of beroepsontwikkeling.
Niveau: E Onderzoek en inhoudelijke expertise en metacoördinatie Start-kwalificatie⁵: Hbo master Wo bachelor Wo master	Na inwerkperiode in staat om zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid wetenschappelijke werkzaamheden uit te voeren. In staat tot transfer van expertise na een jaar.	Hbo master plus ruime ervaring. Wo bachelor sociale of gedragswetenschappen. Wo master sociale of gedragswetenschappen.	Blijft op gelijk niveau. Van hbo naar wo niveau. Van wo bachelor naar wo master. Uitstroom naar aanpalende branches of naar overheid. Werkontwikkeling. Uitstroom naar staf en management. Uitstroom naar kennisinstituut of adviesbureau. Onderwijs of beroepsontwikkeling.

1 De Europese opleidingskwalificatie loopt deels synchroon met de Nederlandse: Het EU-niveau ten opzichte van het Nederlandse niveau is als volgt: 1 / mbo 1 helpende; 2 / mbo 2 assistent; 3 / mbo 3; 4 / mbo 4; 5 / hbo bachelor; 6 / hbo master / universitair bachelor; 7 / universitair master.

Bijlage 2 Lijst met deelnemers

Platform Sociotherapeut in de forensische zorg

Uta Kröger (Forum educatief Van der Hoevenkliniek), Marieke Hooiveld (FPC van Mesdag), Tanneke Bloemendaal (FPC van Mesdag), Marja Vinken (De Oostvaarderskliniek), Vic Beulen (De Pompestichting), Han Hollander (Pompestichting), Henk van Rijswijk (Woenselse Poort), Jos Meulenbeek (Oldenkotte), Margré Tjepkema (FPC2Landen), Miriam van Leeuwen (Inforsa), Bert Vogelaar (Arkin), Jane Kluin (Arkin), Peter Lambers (Lentis, voorzitter FFF-overleg), Peter Haagsma (GGZ Drenthe), Johan Kiefer (GGZ Drenthe), Reinder Klein (Hoeve Boschoord), Jules Mulder (Forum educatief Van der Hoevenkliniek), Bertine Prins (Veldzicht), Rien van Faassen (Veldzicht), Miranda Kila (De Kijvelanden), Monique de Wit (De Oostvaarderskliniek), Hubert Laffort (FPC2Landen), Joost Kamoschinski (GGZ Nederland).

Deelnemers inhoudelijke bijeenkomst sociotherapeuten

Ellen Diederer (De Oostvaarderskliniek), Judith v/d Wurf (De Oostvaarderskliniek), Petra v/d Meij (De Oostvaarderskliniek), Louis de Haan (De Oostvaarderskliniek), Kirsten Corporaal (De van der Hoeven Kliniek), Marjolein de Boon (FPC Dr. S. van Mesdag), Ko Hoogesteger (FPC Dr. S. van Mesdag), André Wuite (FPC Veldzicht), Geert de Weerd (FPC Veldzicht), Marjolein Groen (De Kijvelanden), Anja Roelofsen (De Kijvelanden), Irene Gout (FPC Oldenkotte), Monique Leferink (FPC Oldenkotte), Henk van de Berk (De Woenselse Poort), Saskia Marree (FPC2Landen), Lindy Jonker (De Pompestichting), Marjolein Bruce (De Pompestichting).

Deelnemers bijeenkomst managers

Rik van Drie (FPC Veldzicht), Ina Keuken (FPC Veldzicht), Anne Drost (FPC Oldenkotte), Anita Nanninga (FPC Oldenkotte), Joris Nijpels (De Woenselse Poort), Peter Hovens (De Rooyse Wissel), Ursula Weelink (De Pompestichting), Marieke Starink (De Pompestichting), Ursula Weelink (De Pompestichting), Rene Wubs (GGZ Nederland), Bosco Streumer (Tactus Verslavingszorg).

Deelnemers expertmeeting

Bram Schavemaker (Hogeschool Leiden), Frans Flutters (Verplegingswetenschapper), Ada Andreas (Hogeschool Utrecht, lectoraat werken in het gedwongen kader).

Deelnemers interviews

Sanne van Dam (De Pompestichting), Jasper Bogert (De Pompestichting), Marjolein de Boon (FPC van Mesdag), Sylvia Tiersma (FPC van Mesdag), Teja Hoeksma (FPC van Mesdag), Bernadette Dietz (FPC van Mesdag).

MOVISIE is hét landelijke kennisinstituut en adviesbureau voor maatschappelijke ontwikkeling. We bieden toepasbare kennis, adviezen en oplossingen bij de aanpak van sociale vraagstukken op het terrein van welzijn, participatie, zorg en sociale veiligheid. In ons werk staan vijf actuele thema's centraal: huiselijk & seksueel geweld, kwetsbare groepen, leefbaarheid, mantelzorg en vrijwillige inzet. Onze ambitie is daadwerkelijk te investeren in een krachtige samenleving waarin burgers zoveel mogelijk zelfredzaam kunnen zijn.



Kennis en advies voor
maatschappelijke ontwikkeling

mantelzorg

kwetsbare groepen

vrijwillige inzet

huiselijk en seksueel geweld

leefbaarheid

Om aan de ontwikkelingen en juridische eisen van deze tijd te voldoen, is het werk van de sociotherapeut in tbs-klinieken de afgelopen jaren flink veranderd. In opdracht van het ministerie van Justitie heeft MOVISIE daarom een landelijk competentieprofiel voor de sociotherapeut in de forensische zorg opgesteld. In dit profiel worden taken en competenties gekoppeld aan de kritische situaties van de dagelijkse praktijk. Wat moet een sociotherapeut in de forensische zorg kennen en kunnen? Welke lastige situaties komt hij tegen? Dit competentieprofiel is niet alleen een belangrijk visitekaartje voor deze functie, maar kan ook ingezet worden om de aansluiting tussen onderwijs en praktijk te verbeteren en gebruikt worden bij personeelsbeleid.